

Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa

João Pedro Figueiredo Domingos

Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento

*... O REGRESSO A CASA
APÓS HOSPITALIZAÇÃO...*

*ANÁLISE DA PREPARAÇÃO DA ALTA DE ENFERMAGEM NO
CASO PARTICULAR DA PESSOA IDOSA AUTÓNOMA*

Orientação:

Professora Doutora Ana Alexandra Fernandes

Co-orientação:

Professora Doutora Maria Amália Botelho

Professora Eulália Novais

Lisboa, Dezembro de 2011

Faculdade de Ciências Médicas – Universidade Nova de Lisboa

João Pedro Figueiredo Domingos

Dissertação de Mestrado em Saúde e Envelhecimento

... O REGRESSO A CASA

APÓS HOSPITALIZAÇÃO...

*ANÁLISE DA PREPARAÇÃO DA ALTA DE ENFERMAGEM NO
CASO PARTICULAR DA PESSOA IDOSA AUTÓNOMA*

Orientação:

Professora Doutora Ana Alexandra Fernandes

Co-orientador:

Professora Doutora Maria Amália Botelho

Professora Eulália Novais

Lisboa, Dezembro de 2011

“O modo como se vive determina o modo como se envelhece”
(Botelho, 2007)

RESUMO

O envelhecimento demográfico é uma realidade dos nossos dias. A preparação da alta de enfermagem é um elemento da prestação de cuidados que pode ser explorado na fase de envelhecimento para dotar os idosos de conhecimentos, capacidades e responsabilidade na gestão da sua condição de saúde. Deste modo delineou-se um estudo de tipo descritivo, transversal e exploratório com o objectivo de **analisar e compreender o processo de preparação da alta hospitalar de enfermagem ao idoso internado por agudização de doença, que se apresente autónomo no momento da alta, de modo a capacitá-lo para a gestão da sua condição de saúde.**

O estudo decorreu num Serviço de Medicina Interna. Definiu-se como fontes de informação e métodos de colheita de dados 25 entrevistas a idosos, 16 questionários abertos a enfermeiros prestadores de cuidados e análise dos registos do processo de internamento dos idosos.

Como principais resultados destacamos que os idosos quando internados apresentam preocupações relacionadas com a sua condição de saúde e o motivo de internamento, os quais são pouco valorizadas na preparação da alta; os cuidados com a saúde que os idosos têm antes do internamento são valorizados nos registos de enfermagem; um terço dos idosos não teve conhecimento do seu diagnóstico médico; os diagnósticos de enfermagem activos no momento da alta não são contemplados na preparação da alta; os idosos com a aproximação do regresso a casa manifestam preocupações sobre os cuidados a ter com a sua saúde e manifestam interesse em ser informados sobre os mesmos; os idosos sentem pouca disponibilidade por parte dos enfermeiros para a preparação da alta; as intervenções de preparação da alta centram-se em intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, tendo-se verificado discrepâncias sobre os cuidados prestados e o seu conteúdo sob as várias fontes de informação; o diálogo é a estratégia de preparação da alta que prevalece; mais informação e informação escrita são aspectos que podem melhorar a preparação da alta segundo os idosos.

Podemos assim concluir que não existe uma estrutura de preparação da alta a idosos com capacidade para gerir a sua condição de saúde e que muito pode ser melhorado em termos de preparação da alta a idosos no sentido de tomar o máximo partido deste elemento dos cuidados e assim obter ganhos em saúde.

ABSTRACT

The demographic aging is a reality nowadays. The nursing discharge planning is an element of care that should be studied on aging to provide older people with knowledge, abilities and responsibility in order to deal their health condition. Thus, it was outlined a descriptive study, transversal and exploratory in order to analyze and understand how the process nursing discharge occurs, by planning the elderly hospitalized with acute disease, in order to support patients for better management of health conditions.

The study was carried in an Internal Medicine Service of a Central Hospital. As information sources and methods of data collection, we defined 25 interviews with elderly, 16 open-ended questionnaires to nurses and analysis of records from the process of the elderly hospitalized.

In the main results we observe the elderly hospitalized have concerns about their health condition and the reason for their hospitalization, which are undervalued in the discharge planning process; the health care reported by elderly related to time before hospitalization were registered in nursing records; one-third of the elderly don't know the medical diagnosis; the active nursing diagnosis at discharge assets are not included in the discharge planning process; in the discharge, the elderly had concerns over the care of their health and expressed interest in being informed of it; the elderly don't feel availability from the nurses in the discharge planning; the discharge interventions focus on interventions like teaching, instructing and training, and there have been different views about the care provided and its contents under the various sources of information; the high prevailing strategy to discharge planning is the dialogue; more information and written information are aspects that can improve the discharge planning process.

We conclude that there is no structure in discharge planning for the elderly with high ability to manage his health condition. There are several things that can be improved to the discharge planning for the elderly in order to take full advantage of this element of care.

AGRADECIMENTOS

Às Professoras Doutoras Ana Alexandra Fernandes e Maria Amália Botelho por toda a orientação, disponibilidade, paciência e apoio.

À Professora Eulália Novais por todo o apoio e co-orientação.

E a todos aqueles que apoiaram, contribuíram e tornaram este trabalho possível...

Um muito obrigado.

ÍNDICE

	Pág.
<u>INTRODUÇÃO</u>	13
<u>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL</u>	16
1.1. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: UMA REALIDADE INEVITÁVEL COM A QUAL TEMOS DE LIDAR	16
1.1.1. <u>Envelhecimento demográfico</u>	16
1.1.2. <u>O conceito de envelhecimento</u>	18
1.1.3. <u>Envelhecimento: Saúde e Doença</u>	19
1.2. PRESTAÇÃO DE CUIDADO À PESSOA EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	22
1.2.1. <u>Planeamento da alta hospitalar: contributos e desafios</u>	25
1.2.2. <u>Literacia da Saúde: que possível influência?</u>	31
<u>2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA ESPECIFICO DE PESQUISA</u>	34
2.1. OBJECTIVOS DE ESTUDO	34
2.2. – VARIÁVEIS EM ESTUDO	34
2.2.1. – <u>Variáveis Independentes</u>	34
2.2.2. – <u>Variáveis Dependentes</u>	35
<u>3. METODOLOGIA</u>	36
3.1. CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO	36
3.2. FONTES DE INFORMAÇÃO DO ESTUDO	38
3.2.1. <u>Idosos internados por agudização de doença</u>	39
3.2.2. <u>Enfermeiros prestadores de cuidados aos idosos</u>	40
3.2.3. <u>Registos do Processo de internamento dos idosos entrevistados</u>	40
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO	41
3.3.1. – <u>Entrevistas aos idosos internados</u>	41

3.3.2. – <u>Questionários abertos aos enfermeiros</u>	42
3.3.3. - <u>Pré teste aos instrumentos de colheita de dados</u>	42
3.4. PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS	42
3.5. TRATAMENTO DOS DADOS	45
3.5.1. <u>Análise estatística descritiva</u>	45
3.5.2. <u>Análise de conteúdo das entrevistas e questionários</u>	47
3.5.3. <u>Análise dos registos do processo de internamento do idoso</u>	48
3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	48
4. <u>ESTUDO PRÉVIO DE CARACTERIZAÇÃO DA PREPARAÇÃO DA ALTA DE ENFERMAGEM A IDOSOS</u>	50
5. <u>APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS SOBRE A PREPARAÇÃO DA ALTA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS INTERNADOS POR AGUDIZAÇÃO DA DOENÇA.</u>	56
5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES IDOSOS QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO	57
5.1.1. <u>Caracterização sócio demográfica</u>	57
5.1.2. <u>Condição de saúde dos idosos</u>	60
5.1.2.1. Preocupações dos idosos com a saúde no momento do internamento	60
5.1.2.2. Auto cuidados com a saúde	64
5.1.2.3. Conhecimentos sobre saúde	68
5.1.2.4 Percepção sobre o controlo da saúde	71
5.1.3 <u>Análise do acontecimento agudo que motivou o internamento</u>	74
5.2. MOTIVAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE CONHCEIMENTOS PELO IDOSO	78
5.3. NECESSIDADES DE CONHECIMENTOS DO IDOSO SEGUNDO OS REGISTOS DO PROCESSO DE INTERNAMENTO	81
5.4. PREPARAÇÃO PARA A ALTA	82
5.4.1. <u>Preocupações do idoso tendo em vista a alta</u>	82
5.4.2. <u>Disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta</u>	85
5.4.3. <u>Intervenções de preparação da alta</u>	86
5.4.4. <u>Estratégias de preparação da alta</u>	95
5.4.5. <u>Aspectos que melhoram a preparação da alta segundo o idoso</u>	96

5.4.6. <u>Aspectos que facilitam a preparação da alta segundo o enfermeiro</u>	98
<u>6. CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	101
<u>BIBLIOGRAFIA</u>	105
<u>ANEXOS:</u>	110
ANEXO I – GUIÃO DE ENTREVISTA AOS IDOSOS	111
ANEXO II – QUESTIONÁRIO AOS ENFERMEIROS	112
ANEXO III – CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	114

ÍNDICE DE TABELAS

	Pág.
Tabela 1 – Estudo prévio - Género e Antecedentes pessoais relacionados com a saúde	50
Tabela 2 – Estudo prévio – Prescrições medicamentosas e outras medidas terapêuticas dos idosos que têm alta	51
Tabela 3 – Estudo prévio - Medidas não farmacológicas identificadas nos idosos com alta	51
Tabela 4 – Estudo prévio - Necessidades de conhecimento, capacidade e intervenções do tipo informar identificadas nos idosos	52
Tabela 5 – Estudo prévio - Tipo de intervenções do tipo informar realizadas aos idosos	53
Tabela 6 – Estudo prévio - Tipos de dependência identificadas nos idosos	54
Tabela 7 – Estudo prévio - Realização de encaminhamento e articulação após a alta identificado nos idosos	54
Tabela 8 – Estudo prévio - Relação entre registos médicos e de enfermagem	55
Tabela 9 - Resultados - Género dos idosos segundo entrevistas aos idosos	58
Tabela 10 - Resultados - Estado civil dos idosos segundo entrevistas aos idosos	58
Tabela 11 - Resultados - Agregado familiar dos idosos segundo entrevistas aos idosos	58
Tabela 12 - Resultados - Escolaridade da amostra	59
Tabela 13 - Resultados – Preocupações manifestadas pelos idosos no internamento – análise estatística descritiva das entrevistas	60
Tabela 14 - Análise de Conteúdo das entrevistas aos idosos - Preocupações dos idosos	61

Tabela 15 - Resultados - Cuidados com a saúde segundo o idoso – análise estatística descritiva das entrevistas	64
Tabela 16 - Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - Cuidados com a saúde por parte do idoso	65
Tabela 17 - Resultados - Conhecimentos sobre saúde do idoso – análise estatística descritiva às entrevistas dos idosos	68
Tabela 18 - Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - Conhecimentos sobre saúde do idoso	69
Tabela 19 - Resultados - Controlo sobre a saúde por parte do idoso – análise estatística descritiva às entrevistas dos idosos	71
Tabela 20 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Controlo sobre a saúde pelo idoso	72
Tabela 21 - Resultados - Diagnósticos clínicos dos idosos – análise estatística descritiva dos registos do processo de internamento	74
Tabela 22 - Resultados - Diagnósticos de enfermagem dos idosos – análise estatística descritiva aos registos de enfermagem do idoso	76
Tabela 23 - Resultados - Conhecimento sobre o motivo de internamento pela amostra	77
Tabela 24 - Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - Conhecimento do motivo de internamento	77
Tabela 25 - Resultados - Motivações para aquisição de conhecimentos – análise estatística descritiva às entrevistas dos idosos	78
Tabela 26 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Motivações para aquisição de conhecimentos	79
Tabela 27 - Resultados - Necessidades de conhecimentos dos idosos – análise estatística descritiva aos registos de enfermagem	81
Tabela 28 - Resultados - Preocupações dos doentes tendo em vista a alta – análise estatística descritiva das entrevistas aos idosos	82
Tabela 29 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Preocupações dos doentes tendo em vista a alta	83
Tabela 30 - Resultados - Disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta – análise estatística descritiva às entrevistas aos idosos	85
Tabela 31 – Resultados – Intervenções de preparação para a alta – análise estatística descritiva às entrevistas dos idosos, questionários aos enfermeiros e registos de enfermagem	86

Tabela 32 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Intervenções do tipo informar de preparação da alta segundo o idoso	87
Tabela 33 - Análise de Conteúdo aos questionários dos enfermeiros - Cuidados de preparação da alta segundo os enfermeiros	88
Tabela 34 - Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - Conteúdos da preparação da alta segundo os enfermeiros	90
Tabela 35 - Resultados - Estratégias de preparação da alta segundo registos de enfermagem – análise estatística descritiva das entrevistas aos idosos, questionários aos enfermeiros e registos de enfermagem	95
Tabela 36 - Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - Estratégias e recursos usados na preparação segundo enfermeiros	96
Tabela 37 - Resultados - Aspectos que podem melhorar a preparação da alta segundo os idosos	97
Tabela 38 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Aspectos que podem melhorar a preparação da alta segundo os idosos	97
Tabela 39 - Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - Aspectos que facilitam a preparação da alta segundo os enfermeiros	98

ÍNDICE DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1 – Processo de colheita de Dados	44

INTRODUÇÃO

Os tempos mudaram e os ganhos em saúde foram sem dúvida importantes. Vivemos mais tempo, em muitos dos casos com um conjunto de situações patológicas que outrora não apresentavam controlo na sua evolução, não permitindo atingir idades tão avançadas.

A prevenção, o tratamento, a gestão e manutenção da saúde e doença implica uma cada vez maior responsabilização e um papel mais activo por parte das pessoas. Em relação a este aspecto, um grande caminho já foi percorrido e por este motivo podemos ver diariamente pessoas que desenvolvem um conjunto de comportamentos que demonstram esta responsabilidade pela sua saúde. Falamos a título de exemplo da actividade física, a opção por alimentação mais saudável, o afastamento de estilos de vida que conferem um maior risco e pré-disposição à doença ou incapacidade. Outros comportamentos menos visíveis tendem a demonstrar uma preocupação pela manutenção da condição de saúde, como seja o controlo dos níveis de açúcar no diabético ou o seguimento de forma correcta de um regime medicamentoso.

Para que esta atitude responsável e activa das pessoas com a sua saúde seja possível é necessário que estejam devidamente ensinadas e capacitadas face às suas necessidades. Apesar de vivermos numa sociedade de informação, onde a cada esquina somos rodeados por informações sobre saúde, importa ter em conta que esta informação deverá advir de fontes credíveis, como sejam os profissionais, instituições de saúde e outros.

Consideramos que todos os momentos podem ser importantes no que concerne ao aumento dos conhecimentos e capacidades das pessoas para gerirem a sua situação de saúde e doença. Então o que dizer em relação ao período de internamento hospitalar?

É um facto aceite que a pessoa internada apresenta uma necessidade de cuidados agudos, pelas mais variadas razões; entre elas encontram-se os acidentes, situações agudas inesperadas, sendo no entanto uma grande maioria dos internamentos resultado de agudizações de situações crónicas e outras passíveis de controlo. Apesar de muitas vezes reduzido ao mínimo indispensável, o internamento hospitalar poderá constituir-se como um importante momento de avaliação das necessidades de conhecimentos e capacidades dos

doentes em relação à sua saúde e, deste modo, através do processo de planeamento da alta desencadear um conjunto de intervenções dirigidas e personalizadas com vista a colmatar as necessidades identificadas.

Apesar de se terem desenvolvido alguns esforços no sentido de melhorar a preparação da alta de enfermagem¹, muito poderá ainda ser realizado, no sentido de melhorar os conhecimentos e habilidades dos doentes em relação à sua saúde e doença tendo em vista o regresso a casa. Muitas das vezes a preparação para a alta é iniciada tardiamente, centra-se na entrega das receitas médias, descorando-se outros aspectos essenciais à gestão e manutenção da condição de saúde, como sejam, a título de exemplo os cuidados alimentares, cuidados físicos, estilos de vida, e outros. Por outro lado a validação da eficácia do processo de preparação da alta fica por vezes aquém das expectativas. Estes são aspectos para os quais os cuidados de enfermagem são e devem ser sensíveis, merecendo sem dúvida uma reflexão e análise, pois o seu potencial de melhoria e os contributos daí resultantes podem ser elevados.

Verificamos que a doença e as alterações fisiológicas que surgem com o envelhecimento e que antecedem a morte ou a dependência são cada vez maiores. Esse mesmo tempo é pautado por uma grande variedade de situações patológicas onde a gestão e o controlo das mesmas é fundamental para a manutenção de uma condição de saúde que evite a necessidade de internamentos, aspecto este que apresenta uma maior probabilidade de ocorrer durante este período. Os conhecimentos e habilidade serão aqui centrais para o papel activo dos idosos na manutenção da condição de saúde e prevenção da doença durante o processo de envelhecimento. A este nível e à semelhança do que acima foi referido, a preparação da alta poderá ter um contributo a dar.

Sem dúvida que se pretende com o controlo da saúde nesta faixa etária da população uma manutenção de uma condição de saúde tal, que lhe permita uma máxima qualidade de vida. Por outro lado, o controlo dos custos com a saúde é uma realidade dos nossos dias. Deste modo, se a um maior controlo da situação de saúde conferir uma diminuição da necessidade de internamentos e cuidados de saúde agudos estaremos a diminuir os custos com a saúde, uma vez que a prevenção parece ser mais barata que o tratamento resultante de agudizações.

Perante o que atrás foi veiculado, tendo em conta os contributos da preparação da alta de enfermagem na manutenção da saúde de doentes em processo de envelhecimento, coloca-se à partida a seguinte questão:

¹ O autor é profissional de saúde a exercer funções num serviço de internamento hospitalar.

De que modo se processa a preparação da alta hospitalar de enfermagem ao idoso internado por agudização de doença, que se apresente autónomo no momento da alta, de modo a capacitá-lo para a gestão da sua condição de saúde?

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Tendo em conta a questão de partida importa primeiro que se alcance um olhar sobre o estado da arte relativa ao tema em estudo. Neste âmbito, torna-se primordial que se evidenciem os conhecimentos e trabalhos de natureza teórica e de investigação existentes e desenvolvidos.

Assim, pretende-se com o presente capítulo, enquadrar os cuidados prestados à pessoa idosa, tendo em conta e enfatizando a importância do processo de preparação da alta de enfermagem na gestão e manutenção da condição de saúde mais direccionada para o motivo de internamento da pessoa em processo de envelhecimento.

1.1. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO: UMA REALIDADE INEVITÁVEL COM A QUAL TEMOS DE LIDAR

1.1.1 Envelhecimento demográfico

O envelhecimento da população é uma realidade dos nossos dias. Passámos de uma situação demográfica onde havia um equilíbrio entre as taxas de mortalidade e natalidade para uma situação onde a mortalidade e a natalidade apresentavam baixos valores (Fernandes, 2005). Este processo de transição demográfica não se deu da mesma forma nos países desenvolvidos, pois, e segundo Fernandes (2005, 2007) foram os países do Sul da Europa onde se encontra Portugal, onde a transição ocorreu mais tarde, mas, em contrapartida a um ritmo mais acelerado.

Segundo Hoff (2009), uma população é considerada envelhecida ou madura quando o número de pessoas idosas é superior ao número de jovens que vivem num determinado país. Segundo o mesmo autor (2009), este cenário começou a instalar-se na Europa na década de noventa.

Se atendermos aos dados do Eurostat² relativamente ao envelhecimento da população em Portugal, podemos verificar que em 2009, a proporção de indivíduos dos 0-14 anos é de 15,3 tendo-se mantido igual ao ano de 2008. Verifica-se que este valor é inferior à média da EU dos 27 que se situa nos 15.7. Relativamente aos indivíduos dos 65-79 anos estes representam

² In Eurostat, Acedido em 20.05.2010
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/main_tables

em 2008 uma proporção de 13.2, tendo evoluído em 2009 para 13.3. Comparando este valor com a média da EU dos 27, verificamos que a proporção de indivíduos com 65-79 anos é superior situando-se a EU dos 12.7. Relativamente aqueles que possuem 80 anos e mais, verifica-se que no ano de 2008 em Portugal a sua proporção é de 2.5, tendo-se verificado uma descida em relação ao ano de 2007 que se situava nos 4.1. Esta proporção é assim inferior à média da EU dos 27 situada nos 4.3. Relativamente ao de 2008 se for feito o somatório da proporção de indivíduos com 65 anos e mais verifica-se que Portugal apresenta um valor de 15.7, inferior à média da EU dos 27 situada nos 17.

Dos dados acima referidos podemos retirar algumas conclusões. Verificamos que para o ano de 2008, a proporção de indivíduos dos 0-14 anos é inferior ao somatório dos indivíduos dos 65 e mais situado nos 15.7 e deste modo, atendendo à definição de população envelhecida anteriormente referida, verificamos que Portugal tem uma população envelhecida. Comparando esta realidade com a média da EU dos 27, verificamos que Portugal possui uma população menos envelhecida.

A par da diminuição da fertilidade e das migrações o aumento da esperança de vida é um factor crucial para o envelhecimento das populações (Hoff, 2009).

Em relação aos valores da esperança de vida em Portugal à nascença, tendo em conta os dados do Eurostat verificamos que em relação às mulheres, a sua esperança de vida à nascença em 2008 é de 82.41 anos tendo aumentado comparativamente com o ano de 2007 que se situava nos 82.23 anos. Comparando a esperança de vida à nascença nas mulheres em 2007 verifica-se que esta é superior à média da EU dos 27 que se situa nos 82.21 anos. De destacar que se verificou uma diminuição da média da esperança de vida à nascença nas mulheres da EU dos 25 para a EU dos 27. Relativamente aos homens, a sua esperança de vida à nascença mantêm-se abaixo das mulheres, situando-se em 2008 nos 76.24 anos, tendo-se verificado igualmente um aumento em relação ao ano de 2007. Relativamente ao ano de 2007 ao contrário do que se verifica nas mulheres, a esperança de vida à nascença nos homens é inferior à média da EU dos 27 situada nos 76.07 anos, a qual diminui igualmente comparando com a EU dos 25. De destacar que comparando os anos anteriores, tanto nos homens como nas mulheres a esperança de vida não parou de aumentar.

Fazendo uma breve análise da esperança de vida aos 60 anos (e60) mantendo por base os dados do Eurostat, verificamos algumas diferenças comparativamente com a esperança de vida à nascença. Em relação às mulheres, a e60 em 2008 situa-se nos 24.74 anos, tendo aumentado comparativamente com o ano de 2007 que se situou nos 24.60. Verifica-se que a

e60 em 2007 é inferior à média da EU dos 27 situada nos 24.80 anos. Em relação à população masculina a sua e60 mantêm-se inferior às mulheres, situando-se nos 20.74 anos em 2008, tendo igualmente aumentado comparando com 2007 situado nos 20.59 anos. Ao contrário das mulheres a e60 nos homens encontra-se acima da média da EU dos 27 situada nos 20.69 anos.

Verificamos assim com base nestes dados que tanto na Europa como em Portugal temos pessoas a viver durante mais anos. Tal como Fernandes (2008) refere, é na possibilidade do alargamento do tempo de sobrevivência que reside grande parte das inquietações face ao futuro bem-estar das sociedades ricas e envelhecidas.

1.1.2 O conceito de envelhecimento

Desde o nascimento até à morte, o percurso de vida é pautado por uma grande variedade de alterações e acontecimentos significativos. Segundo Saldanha (2009), o envelhecimento caracteriza-se pela diminuição progressiva mais ou menos rápida e de intensidade variável da capacidade funcional do organismo. Esta definição tal como a autora refere enquadra-se num ponto de vista biológico. Por outro lado Botelho (2007) refere que o envelhecimento é um processo fisiológico, gradual, previsível e inevitável próprio dos seres vivos, que envolve evolução, maturação, é determinado geneticamente e modelado ambientalmente.

Em termos cronológicos, usualmente generaliza-se o envelhecimento aos 65 anos. Ser-se velho ou idoso tem sido definido formalmente, como ter mais de 65 anos de idade (Fernandes, 2006). Outros pontos de vista podem ser tidos em conta, como seja, o envelhecimento ter início com o fim da vida activa ou por outro lado a partir do momento em que termina a fase de maturação do organismo. Segundo Pinto (2001), o envelhecimento, na nossa percepção individual não é preocupante nas primeiras décadas de vida por se considerar que nos encontramos num período de crescimento mas começa a manifestar-se algures pela década dos 40, 50 anos em média. Ainda relativamente ao início do processo de envelhecimento, alguns trabalhos internacionais sobre envelhecimento têm incidido a sua análise nos 50 anos e mais. Vejamos o caso do SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, que acompanhou mais de 45.000 pessoas a partir dos 50 anos. Apesar destes novos pontos de vista ao longo deste trabalho teremos como base os 65 anos ou mais como idade cronológica para caracterizar a pessoa idosa.

Tal como cada indivíduo é um ser único, cada processo de envelhecimento é único, sendo reconhecido por alguns autores a existência de padrões de envelhecimento. Podemos assim ter um envelhecimento bem sucedido, que se caracteriza por poder haver adaptação ao

envelhecimento de modo a manter ou alcançar satisfação com a vida, estado de espírito elevado e bem-estar psicológico, com alterações mínimas de declínio (Rowe e Kahn, 1987 citado por Botelho, 2007). O envelhecimento com optimização selectiva com compensação em que a adaptação às mudanças se vai fazendo com opções conscientes e estratégias eficazes (Baltes, 1996 citado por Botelho, 2007). Envelhecimento com vitalidade onde se verifica um incentivo à auto-suficiência em envelhecer bem, cuidando do corpo e da mente, mediante o treino de estratégias de aquisição de competências de várias ordens (Fernández-Ballesteros [et al], 2005 citado por Botelho, 2007). Segundo a WHO (2002) o envelhecimento activo é o processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas. O envelhecimento deve ser uma experiência positiva. Sem dúvida que o envelhecimento activo e bem sucedido será a meta das intervenções de saúde durante o processo de envelhecimento.

Vaillant (2001), um autor que se tem interessado pelo envelhecimento bem sucedido refere que a fim de o envelhecimento bem-sucedido não parecer um paradoxo, o conceito deve ser visto a partir de três dimensões: a diminuição, mudança, e desenvolvimento. Diminuição relacionada com as alterações fisiológicas que se vão verificando ao longo da vida e que conferem perdas de capacidade como por exemplo visão, audição. Mudança como seja a cor de cabelo, ou a capacidade de amar que não diminui mas pode mudar para outros. O envelhecimento traz igualmente desenvolvimento e maturação é-se mais paciente, mais tolerante, mais propensos a tolerar, a apreciar e a compreender (Vaillant, 2001).

Associado ao envelhecimento está o facto de as alterações consideradas próprias deste período poderem ser precursoras de maior vulnerabilidade para a expressão de doenças e incapacidades. Segundo Botelho (2007) do ponto de vista epidemiológico verificam-se duas visões na relação entre aumento da longevidade e a prevalência de doença. A primeira, “pandemia de incapacidade” centra-se no facto de haver uma maior prevalência de doença e de incapacidade associada ao aumento da longevidade (Schneider e Brody, 1983 citado por Botelho, 2007). Por outro lado, a noção de que o aumento da longevidade podia ser acompanhado por um aumento do tempo de vida sem manifestações de doença, designado de compressão da morbilidade (Fries, 1980, 2003 citado por Botelho, 2007).

1.1.3 Envelhecimento: Saúde e Doença

Inicialmente a saúde consistia numa definição que abrangia unicamente a vertente biológica, conferindo o estatuto de pessoa com saúde àquela em que não se verificava a presença de

doença. Este conceito redutor tem evoluído progressivamente, abrangendo actualmente outros domínios, como seja o biológico, psicológico, espiritual, cultural e social. Actualmente a OMS define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não, simplesmente, a ausência de doenças.

Falar de envelhecimento não é sinónimo de doença e morbilidade, todavia parecem tratar-se de conceitos que parecem juntar-se sobretudo à medida que a idade cronológica e biológica vai aumentando. O aumento da longevidade foi sem dúvida um ganho de extrema relevância e para o qual contribui a evolução e a melhoria dos cuidados de saúde a vários níveis. Confrontamo-nos actualmente com situações de doença em que é possível um controlo que permite ao indivíduo viver mais e com melhor qualidade de vida, aspecto este que outrora não era possível.

Tal como refere Pinto (2009), o processo de envelhecimento não deve ser confundido com a patologia que surge com a idade, apesar de uma maior susceptibilidade deste para o aparecimento de doenças. Além disso o processo de envelhecimento não pode ser visto como sinónimo de dependência ou incapacidade. Frequentemente, dependência, incapacidade e autonomia são conceitos que na sua utilização geram confusão. Porque utilizamos o conceito de autonomia neste estudo importa deixar uma breve clarificação relativa a estes três conceitos. Para tal recorrendo à Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) (ICN, 2005), podemos definir incapacidade como um status com perda ou ausência de uma aptidão física ou mental observável e mensurável, ou incapacidade física ou mental. Por seu lado e segundo a mesma fonte (2005), dependência é vista como um estado de estar dependente de alguém ou de alguma coisa para ajuda e apoio. Por fim autonomia representa um direito do cliente, ser autónomo, independente, ter auto-controlo e estar orientado (ICN, 2005). Importa assim salientar que o envelhecimento não é sinónimo de incapacidade, no entanto é possível que o envelhecimento com as suas alterações fisiológicas e as condições patológicas que se podem instalar, podem levar a que o idoso apresente alguns tipos de incapacidades e se torne dependente de terceiros ou outros recursos para dar respostas às suas necessidades, no entanto o idoso pode manter-se autónomo no que toca a sua capacidade de decisão sobre si e o que a ele diz respeito.

Alguns autores como é o caso de Radley (1994) citado por Paúl e Fonseca (2001) referem que é útil distinguir doença em relação ao sentido que esta pode ter, nomeadamente *disease*, enquanto patologia definida pela medicina; *illness*, como a experiência do doente ou de quem a sofre; e *sickness* como o estatuto social da pessoa atingida. A este nível Ribeiro (1998) refere que é possível sentir-se doente “*illness*” sem ter nenhuma doença “*disease*” e do mesmo

modo pode haver doença “disease” sem se sentir doente “illness” ou seja, é possível encontrar doenças em indivíduos que exibem boa saúde.

Segundo Machado (2009) citando WHO (2006), na população com 65 anos ou mais as pessoas têm em média duas doenças ou mais e a comorbilidade aumenta com a idade, havendo evidência científica da influência de factores como o estilo de vida, a deficiente ingestão diária de legumes e fruta, a inactividade física e os consumos de tabaco e do álcool como determinantes de doença crónica. Em Portugal as pessoas com 65 anos ou mais têm em média 5,6 patologias e consomem sete medicamentos por dia (Alto Comissariado da Saúde (2008) citado por Machado).

Perante o aumento da incidência da doença com a idade, como é possível envelhecer com saúde? Machado (2009) refere que para o idoso saudável, a preocupação será de manter as condições para uma boa saúde física e mental, basicamente de promoção da saúde e prevenção da doença ao longo da vida com ênfase nos estilos de vida saudáveis, alimentação equilibrada, exercício físico e bem-estar psicológico.

A forma como se vive parece ser determinante no modo como envelhecemos (Botelho, 2007). A mesma autora (2007) refere que há diversos determinantes de saúde que moldam o processo individual de envelhecimento, entre os quais o género, a cultura, factores relacionados com a saúde e aspectos sociais, comportamentais, ambientais e pessoais.

O envelhecimento é sem dúvida um fenómeno que abrange vários domínios: biológico, cultural e individual da experiência humana. Abordámos anteriormente vários padrões de envelhecimento, entre eles o envelhecimento bem sucedido, no entanto interessa ter em conta que domínios devem ser considerados no envelhecimento bem sucedido. O Estudo do Desenvolvimento Adulto da Universidade de Harvard acompanhou duas coortes socialmente distintas de adolescentes até se tornarem bisavós (Vaillant, 2001). Uma das coortes era composta por indivíduos da faculdade e outra por indivíduos da cidade socialmente desfavorecidos. Dos principais resultados deste estudo destaca-se que o envelhecimento bem sucedido pode ser previsto através da avaliação de variáveis antes dos 50 anos. No seu estudo Vaillant (2001) utilizou seis domínios para caracterizar envelhecimento bem sucedido entre eles: Saúde física objectiva; saúde física subjectiva; duração de vida activa; saúde mental; satisfação com a vida e rede social.

Ainda em termos de determinante de envelhecimento, parece-nos pertinente considerar variáveis tidas em conta no SHARE, onde se destaca; variáveis de saúde (por ex. saúde subjectiva, condições de saúde física e cognitiva para funcionar, comportamento de saúde, uso

de serviços de saúde), bio-marcadores (por ex. força de preensão, índice de massa corporal), variáveis psicológicas (por ex. a saúde psicológica e bem-estar, satisfação com a vida), variáveis económicas (actividade laboral actual, características do trabalho, oportunidades de trabalho, riqueza e consumo, habitação, educação) e as variáveis apoio social (por ex. assistência no seio das famílias, redes sociais, actividades de voluntariado).

Estamos assim perante um conjunto de determinantes e variáveis que, por poderem influenciar a forma como se envelhece devem ser tidas em conta por parte dos profissionais de saúde nas suas intervenções.

1.2 PRESTAÇÃO DE CUIDADO À PESSOA EM PROCESSO DE ENVELHECIMENTO.

Desde sempre que o conhecimento sobre a saúde era considerado como exclusivo dos profissionais de saúde, aspecto que se tornava mais evidente dentro das instituições de saúde.

Historicamente o doente era visto como um destinatário passivo de cuidados, deixando-se pouca margem à autonomia e à capacidade de decisão do doente, não se admitindo a sua participação nos próprios cuidados (Gomes, 2003). A mesma, autora (2003) refere que as pessoas em situação de internamento abandonam a sua independência e ficam sujeitas aos médicos e enfermeiros que gerem os cuidados, retirando-lhes a responsabilidade e a liberdade de tomar decisões sobre a sua vida. Os doentes entregam-se aos que sabem, por eles, e submetem-se ao que é considerado bom ou mau, sem se interrogarem ou questionarem sobre os factos pessoais e colectivos que influenciam favorável ou desfavoravelmente o processo de saúde doença (Colliére, 1989).

Apesar de ainda se verificar, esta parece ser uma realidade em mudança, e tal como Bandeira (2009) refere: os idosos do futuro deverão ser mais instruídos, com acesso a maior escolaridade, terão um maior peso demográfico, mas serão também, idosos mais informados, com mais experiência e, desta forma, com maior exigência de mais e melhores cuidados.

Gomes (2003) refere que, a enfermagem tem como finalidade ajudar as pessoas a aproveitarem o máximo das suas capacidades funcionais, contudo ajudar as pessoas idosas não tem sido tarefa fácil. Na prática clínica verifica-se que embora os idosos requeiram mais tempo em cuidados, nem sempre os gestores têm isso em consideração, verificando-se um desajuste entre as necessidades dos doentes e as horas disponíveis para prestar cuidados de enfermagem.

Tal como afirmam vários autores, entre eles Gomes (2003) hoje em dia é indiscutível o reconhecimento da importância da participação dos indivíduos na promoção e protecção da sua própria saúde. O conceito de capacitação (empowerment) emergente na conferência de Ottawa e à qual se seguiu um leque de conferências internacionais sobre promoção de saúde, reconhece a importância de os indivíduos terem capacidade para controlar, agirem e tomarem decisões sobre a sua saúde. Gomes (2003) refere que a participação dos indivíduos na sua própria saúde é entendida como um processo que permite tornarem-se pessoas, na medida em que são protagonistas do seu próprio projecto de vida.

Em termos de cuidados Machado (2009) refere que estes são ainda centrados nos hospitais, onde não se faz prevenção, se centra a preocupação no episódio agudo, através de tecnologia sofisticada e dispendiosa e o internamento prolongado sem necessidade, ou a alta precoce com reinternamento. Se queremos capacitar os indivíduos para terem um papel activo na sua saúde importa analisar se as acções e a forma como cuidamos estão efectivamente a dar resposta a esta necessidade. Uma maior proximidade com o doente, tornando-o como parceiro será sem dúvida um ponto de partida.

Gomes (2003) procurou estudar a parceria enfermeiro/doente idoso no processo de cuidados numa enfermaria de medicina. Mediante uma abordagem qualitativa através do método etnográfico verificou-se que emergiram quatro temas relativos na perspectiva do enfermeiro e doente em relação à parceria: O doente que manifesta quer ser parceiro; o doente que não quer ser parceiro ou tem dificuldade em tornar-se parceiro; situação em que o enfermeiro quer tornar o doente idoso parceiro; e a situação em que o enfermeiro tem dificuldade em tornar o doente idoso parceiro. Ainda relativamente a este estudo, a autora (2003) refere que os resultados da investigação tornaram evidente ao contrário do que se poderia pensar, que a maioria dos doentes do estudo não quer ser mais um doente passivo, evidenciando-se uma transição de um papel tradicionalmente mais passivo para um papel mais activo. No mesmo estudo salientou-se a importância da informação para os idosos, sendo que estes reclamam mais e melhor informação adequada ao seu nível sócio cultural.

Os comportamentos de saúde têm sido um aspecto para o qual alguns autores direccionados para a psicologia da saúde têm manifestado especial sensibilidade.

Kasl e Cobb (1996) citado por Ogden (2004) referem que existem três tipos de comportamentos relacionados com a saúde: o comportamento de saúde cujo objectivo é impedir o aparecimento de uma doença; comportamento de doença em que o objectivo é

encontrar um tratamento e o comportamento de doente que se prende com os esforços para ficar saudável.

Para que o indivíduo mantenha um conjunto de habilidades para gerir e manter a sua saúde, é necessário primeiro que tudo, que se verifique uma adesão por parte da pessoa. Para Haynes [et al] (1979) citado por Ogden (2004), adesão refere-se à medida em que o comportamento do doente em termos de medicação, regime dietético e outras mudanças no seu estilo de vida coincide com os conselhos dos profissionais de saúde. Segundo Ribeiro (1998, p. 292) “a investigação tem demonstrado que o seguimento por parte dos doentes do regime terapêutico prescrito é muito variável. Segundo Brannon e Feist (1992) o não seguimento do regime terapêutico proposto abrange cerca de 50% dos indivíduos, enquanto que, para DiNicola e Matteo (1984) é de cerca de 30%. As variações vão desde os 15% e 94% segundo Sackett e Haynes (1976) e os 4% e os 92% segundo Meichenbaum e Turk (1987) com valores mais frequentes segundo estes autores entre 30% e 60%”.

A acção do indivíduo é decisiva para a promoção ou protecção da sua saúde, para a prevenção ou tratamento das suas doenças. Deste modo, os que prescrevem têm de se debater com o dilema de o fazer de tal modo que tenham a certeza que a probabilidade de a prescrição não ser seguida é diminuta (Ribeiro, 1998).

Kristeller e Rodin (1984) citado por Ribeiro (1998) consideram a existência de três estádios a considerar no processo de cuidados que deve ser tido em conta: *concordância*, que se refere à extensão em que o doente na fase inicial concorda e segue as prescrições médicas; *adesão*, que corresponde à medida em que o doente continua o tratamento com que concordou, com uma vigilância limitada, mesmo quando se defronta com situações conflituais que limitam o seguimento do tratamento; *manutenção*, referente à medida em que o doente continua a implementar o comportamento de melhoria da saúde, sem vigilância, incorporando-o no seu estilo de vida.

A não manutenção e gestão da condição de saúde pode implicar um vasto conjunto de consequências. A este nível, Ribeiro (1998) refere que essas consequências vão desde os gastos gerais do sistema de saúde, tanto mais caro quanto menor for a adesão, até ao sofrimento do doente pelo agravamento das situações patológicas e daqueles que estão próximos de si.

Turk e Meichenbaum (1991) citado por Ribeiro (1998) apresentam uma lista de factores psicossociais que a investigação tem demonstrado estarem relacionados com o processo de envolvimento das pessoas no seguimento de um regime de tratamento prescrito, na

permanência do tratamento e na prevenção. Esses factores são: *características sociais* como a idade, sexo, educação, rendimentos; *personalidade* onde se encontra a inteligência, ansiedade, controlo interno, distúrbios psicológicos; *outras características psicológicas* como crenças acerca das ameaças à saúde, crenças acerca da eficácia da acção, conhecimentos das recomendações e dos seus objectivos, conhecimentos gerais das doenças e saúde; *exigência situacionais* como seja, sintomas, complexidade e duração da acção e interferência com outras acções; *contexto social*, onde se engloba o suporte social, isolamento social; *interacção com o sistema de cuidados de saúde*, como seja, factores de conveniência, continuidade de cuidados, cuidados personalizados, satisfação geral.

Estes aspectos relativos à adesão e manutenção de um regime terapêutico parecem fazer todo o sentido em termos de planeamento da alta, e neste caso mais concreto na preparação da alta de enfermagem.

1.2.1 Planeamento da alta hospitalar: contributos e desafios

A preparação da alta é um aspecto inerente aos cuidados de enfermagem, na medida em que se constitui como padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem, entre outros: o fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades pelo cliente; o ensino, instrução e treino do cliente sobre a adaptação individual requerida face à readaptação funcional e o planeamento da alta dos doentes internados em instituições de saúde, de acordo com as necessidades dos clientes e os recursos da comunidade (Conselho de Enfermagem, 2001). Das intervenções diárias de enfermagem fazem parte a identificação e o planeamento de intervenções dirigidas aos problemas e necessidades dos doentes. Estes são dois aspectos inerentes ao processo de enfermagem que compreende como fases a colheita de dados, a apreciação, o planeamento, a implementação das acções e por fim a avaliação (McFarlane of Llandaff e Castledine, 1988). Inerente a todo este processo estão as necessidades dos doentes no que se refere ao regresso a casa, as quais devem ser tidas em conta durante o processo de planeamento da alta. É indispensável que durante o internamento os doentes e famílias devem ser vistos como alguém que dentro de um dado período temporal mais ou menos curto regressará ao seu domicílio.

Relativamente ao processo de preparação da alta de enfermagem, Chuang [et al] (2005) referem que para assegurar a continuidade dos cuidados no domicílio e evitar os reinternamentos, que contribuem significativamente para aumentar as despesas dos cuidados

em saúde, é necessário que a alta hospitalar seja planeada e sistematizada, garantindo um conhecimento maior, tanto para o paciente como para a família.

A promoção do planeamento da alta começou nos E.U.A na década de 1960, sendo que o objectivo era ajudar os pacientes a enfrentar os problemas que poderiam surgir após a alta (Bullough e Bullough, 1990, citado por Lin [et al], 2004). O planeamento da alta refere-se a todas as estratégias desenvolvidas e entregues ao paciente de acordo com as suas necessidades em termos de cuidados de saúde após a alta (Wang [et al], 2000 citado por Lin [et al], 2005).

À semelhança do que refere a literatura, o início da preparação da alta deve ser realizada a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e continuar durante o período de internamento (Huber e McClelland, 2003 citado por Pompeu [et al], 2007; Lin [et al], 2005). Segundo o mesmo autor (2007) observa-se que na prática as orientações para a alta são dadas no momento da saída do doente, não sendo desenvolvido durante o período de internamento e são oferecidas numa grande quantidade e ao mesmo tempo.

Segundo Pompeu [et al] (2007) acredita-se que o planeamento da alta é uma ferramenta para garantir a continuidade do cuidado após a hospitalização, sendo o ensino para a alta uma parte integrante do processo educativo, incluindo orientações ao doente e família acerca do que necessitam saber e compreender. A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 1.0 veio uniformizar a linguagem e termos relativos aos cuidados de enfermagem. Nesta classificação podem ser encontrados vários conceitos que fazem todo o sentido referencia relativamente à temática deste trabalho. Ensinar, instruir e treinar são sem dúvidas aspectos importantes em termos de preparação para a alta. Segundo o ICN (2005) estes conceitos podem ser definidos por: Ensinar, acção de informar com as características específicas de dar informação sistematizada a alguém sobre os temas relacionados com a saúde; Instruir, como a acção de ensinar com as características específicas de fornecer informação sistematizada a alguém sobre como fazer alguma coisa; Treinar como uma acção de instruir com as características específicas de desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa. É através do ensino, instrução e treino que é possível aumentar os conhecimentos e habilidades dos doentes em relação à gestão da sua saúde.

Segundo Lin [et al] (2004) um planeamento ideal da alta é baseado no paciente, as necessidades de saúde que são a base para a formulação do plano de cuidados e intervenções adequadas. Esta ideia acima citada é reforçada por Main (1994) citado por Mayer [et al] (1992) ao referir que de uma adequada preparação da alta faz parte um adequado fornecimento de informações aos pacientes e assegurar a capacidade dos pacientes para gerir a

sua saúde em casa. Além disso Gomes (2003) citando Dias (1997), Benner (2001) e Lampreia (2001) refere que para que o doente possa ter poder, controlo sobre a sua vida e assim tornar-se parceiro nos cuidados é necessário um requisito chave, ser detentor de informações e conhecimentos adequados. A este nível, conhecimentos sobre a saúde é definido como um status com as características específicas: estar ciente dos problemas de saúde comuns, práticas saudáveis e serviços de saúde disponíveis, capacidade de reconhecer sinais e sintomas de doença e de partilhar a informação com pessoas que são importantes para a pessoa (ICN, 2005).

A promoção do planeamento de alta continua a enfrentar muitos obstáculos, os principais problemas são insuficiente consolidação das equipas médicas, bem como a falta de vontade em participar e cooperar com o planeamento da alta por parte dos pacientes e suas famílias (Chen et al. 1999; Dai et al. 1998; Li, 2001; Pan, 2000, citado por Lin [et al], 2005).

Relativamente ao planeamento da alta podem ser encontrados alguns estudos e trabalhos de investigação.

Foi possível verificar trabalhos que se centram na percepção dos intervenientes na preparação da alta em relação à mesma. Entre eles encontra-se o trabalho de Driscoll (2000) que, recorrendo a um estudo exploratório procurou explorar a percepção dos doentes e cuidadores relativamente à informação recebida durante a hospitalização sobre os cuidados após a alta, a adequação das informações recebidas e a utilização das mesmas após alta. Como principais resultados o autor (2000) destaca que 95% dos doentes e 70% dos cuidadores receberam informação sobre os problemas de saúde dos doentes. Driscoll (2000) verificou igualmente que a inclusão do prestador de cuidados no momento em que as informações são prestadas ao doente diminui a ansiedade dos prestadores de cuidados, aumenta a satisfação com a informação e diminui a probabilidade da ocorrência de problemas médicos após alta.

Efectivamente a inclusão do prestador de cuidados parece constituir-se como um recurso em termos de preparação da alta. Efectivamente a opinião do cuidador é tida em conta não só no estudo acima referido como no trabalho de Grimmer [et al] (2000) que procuraram analisar a qualidade dos planos de preparação da alta a partir da perspectiva do cuidador. Segundo os autores (2000) os cuidadores classificaram a qualidade do planeamento da alta como baixa, referindo que muitas das vezes as necessidades não são conhecidas enquanto se planeia a alta.

Os mesmos autores (2000) verificaram igualmente que a utilização dos cuidados na comunidade na primeira semana após a alta era muito baixo, cerca de 20%.

Ainda abrangendo o cuidador, Bull [et al] (2000) procurou estudar numa mostra de 130 cuidadores, se o nível de envolvimento do cuidador no planeamento da alta do idoso influencia a saúde do cuidador, a satisfação com a preparação da alta, a percepção do cuidador para cuidar do idoso e a aceitação do papel de cuidador. Os resultados obtidos pelos investigadores sugerem que duas semanas após a alta os cuidadores com um maior envolvimento no planeamento da alta apresentam uma maior satisfação e sentimento de preparação para cuidar do idoso e uma maior aceitação do papel de cuidador. Dois meses após a alta, os autores (2000) verificaram que os cuidadores que apresentaram um maior envolvimento no planeamento da alta apresentam uma maior saúde e uma maior aceitação do papel de cuidador.

Abordando a perspectiva do doente em relação à preparação da alta, Almborg [et al] (2008) procurou identificar a percepção dos doentes com AVC em relação à sua participação na preparação da alta e os factores associados à percepção dessa participação. Em termos de resultados a autora verificou que: 72-87% dos participantes receberam informação em relação à preparação da alta; 29% discutiram os tratamentos a ter com o seu médico; metade dos participantes participaram nas discussões em relação às necessidades de cuidados e serviços após a alta; um terço dos participantes participaram na discussão em relação à necessidade de reabilitação após a alta; 38% dos participantes perceberam que tinham participado no desenvolvimento do seu plano de preparação da alta.

Verifica-se que os trabalhos que abordam a preparação da alta se centram em contextos físicos e realidades, nomeadamente em termos patológicos distintos. Como tal este terá que ser um aspecto a valorizar quando se pretende abordar esta temática.

Cleary [et al] (2003) em relação a doentes internados em unidades de saúde mental de agudos, procuraram esclarecer as necessidades de preparação da alta dos doentes, verificar a percepção dos participantes em relação às práticas úteis, identificar áreas que requeiram melhoria e identificar os recursos que os participantes consideram satisfatórios. Os autores (2003) verificaram numa amostra relativamente jovem que, mais de dois terços dos participantes indicaram que as informações fornecidas no hospital para o planeamento da alta foram úteis. Por outro lado verificaram que os aspectos que podem melhorar a preparação da alta são o aumento do contacto com o doente, mais informação sobre problemas de saúde mental, medicamentos e prevenção de recidivas.

Smith e Liles (2007) procuraram analisar as necessidades de informação antes da alta em doentes que realizarão tratamentos para o enfarte agudo do miocárdio. Nos resultados os

autores (2007) referem que os doentes sentem necessidade de informação sobre medicamentos, complicações e actividades físicas. Os autores verificaram que os idosos desejam mais informação comparando com os mais jovens.

Verificou-se que outros trabalhos abordam a temática da preparação da alta sob a perspectiva do enfermeiro, como seja o de Atwal (2002) em que procurou compreender a percepção das enfermeiras em relação à preparação da alta num Hospital Universitário de Londres. A autora (2002) verificou que o processo de preparação da alta era em muitas das vezes ignorado ou negligenciado; a alta era vista como um processo que impedia a comunicação e a falta de tempo foi referida como a maior barreira identificada.

Pompeu [et al] (2007) num estudo de tipo descritivo com uma amostra de 43 doentes, procurou conhecer o processo de preparação da alta hospitalar de um hospital central do interior do Estado de São Paulo e a actuação do enfermeiro nesse processo a partir do ponto de vista dos pacientes. Como resultado destaca-se que quem mais orienta para a alta são os médicos, a preparação para a alta centra-se no dia da saída do hospital e é feita pelos profissionais individualmente. Destaca-se igualmente como resultado que os doentes deixam o hospital com dúvidas em relação aos cuidados em ambulatório.

Centrando-se numa população idosa, Bull e Roberts (2001) procuram identificar os componentes a ter em conta para uma preparação da alta adequada a idosos. Os autores (2001) verificaram que lacunas na comunicação se constituem como um obstáculo a uma adequada preparação da alta. Verificaram ainda que uma boa preparação da alta ocorre em etapas; o trabalho eficaz em equipa multidisciplinar é um aspecto vital para uma adequada preparação da alta a idosos e face a redução da duração dos internamentos, os serviços da comunidade serão fundamentais no apoio após a alta (Bull e Roberts, 2001). Ainda relativamente aos idosos Naylor [et al] (1994) procuraram estudar os efeitos de um protocolo de preparação da alta, projectado especificamente para idosos. Apesar de alguma dificuldade na compreensão dos aspectos metodológicos é possível constatar através dos resultados que os autores (1994) verificaram que após o planeamento da alta se verificou uma redução dos reinternamento, quando se verificaram, uma diminuição dos dias de reinternamento e menores encargos com os cuidados de saúde. Relativamente os reinternamentos e a preparação da alta pode igualmente ser feita referência ao trabalho de Chuang [et al] (2005) que procurou investigar os factores que podem estar associados com reinternamento entre os pacientes com AVC no prazo de 30 dias após a alta. Apesar de ser um estudo dirigido a uma população com maior grau de dependência e necessidade de cuidadores informais, podemos destacar alguns resultados relevantes em termos de planeamento da alta. Os autores (2005) verificaram que no

momento da alta, 24,9% receberam pouca ou nenhuma orientação sobre como cuidar. Além disso neste estudo verificou-se que entre os predictores de internamento encontra-se a adopção de um programa de planeamento da alta.

Em termos de eficácia da preparação da alta encontrou-se o trabalho de Lin [et al] (2005) que procurou estudar a eficácia de um programa de planeamento da alta de pacientes ortopédicos em Taiwan. Em relação a esta investigação destaca-se como resultado que em 90% dos doentes foram prestados cuidados de preparação da alta, relativo sobretudo a cinco itens: instruções sobre como tomar a medicação (96,7%), cuidados à ferida (96,7%), exercício de reabilitação (94,9%), gestão da dor (94,1%), cuidados em relação às actividades de vida diária (93,2%) e observação de sintomas incomuns (92,4%). Após a alta os pacientes foram acompanhados durante duas semanas, tendo-se verificado que 98,2% dos pacientes tomou a medicação conforme prescrito, esteve atento à presença de sintomas fora do comum, 92,7% era capazes de realizar actividades de vida diária cuidadosamente e 87,2% foram capazes de fazer os exercícios de reabilitação regularmente. Apenas 1,8% dos pacientes tinham sofrido infecções na ferida. Os autores (2005) verificaram ainda que duas semanas depois da alta 6,9% dos pacientes haviam procurado tratamento de emergência e 5,9% foram reinternados. Relativamente à satisfação dos pacientes em relação ao planeamento da alta verificou-se ser satisfatória.

Acima são mencionados alguns dos estudo internacionais que se aproximam da temática da preparação da alta. Também em Portugal foi possível encontrar alguns trabalhos que se aproximam desta temática, destacando-se três teses de mestrado. Gonçalves (2008) recorrendo a uma metodologia qualitativa e método fenomenológico procurou compreender numa amostra de 16 pessoas idosas a contribuição do enfermeiro na preparação do regresso a casa do idoso hospitalizado num serviço de cirurgia de um hospital central. Neste estudo a autora destaca como principais resultados que os idosos deste estudo consideram-se preparados para o regresso a casa, não tendo sido identificados factores que pudessem impedir uma adequada preparação do regresso a casa. Por outro lado a presença da família é fulcral na preparação do regresso a casa, tendo ficado demonstrado a satisfação por parte dos idosos em relação aos cuidados prestados pelos enfermeiros.

Uma perspectiva menos optimista pode ser verificada num outro trabalho de Mestrado em Martins (2003) que procurou analisar as opiniões dos enfermeiros sobre as práticas realizadas na programação da alta hospitalar do idoso e na continuidade de cuidados, e ainda as opiniões dos idosos e/ou suas famílias, como utilizadores desses cuidados. Através de um estudo exploratório e descritivo, recorrendo a uma amostra constituída por enfermeiros e idosos e

seus familiares, a autora verificou que, não existe uma intenção explícita de programação da alta e continuidade de cuidados, sendo que cada profissional trabalha de forma independente não existindo interdisciplinaridade. Em relação à opinião dos idosos e famílias a maioria manifesta insatisfação em relação aos cuidados recebidos na programação da alta.

Se através da preparação da alta contribuirmos para ganhos em saúde os benefícios não se restringem ao plano individual do doente e dos que o rodeiam. Segundo a União Europeia³, o esforço principal consistirá em promover o envelhecimento saudável dos cidadãos europeus. Viver mais anos em boa saúde significa melhor qualidade de vida, mais autonomia e a possibilidade de se manter activo. Quando a população envelhece com saúde, os sistemas de saúde são menos solicitados e há menos casos de reforma por invalidez, o que é muito positivo para o crescimento económico da Europa.

1.2.2 Literacia em Saúde: que possível influência?

Foram mencionados no decorrer desta revisão um conjunto de determinantes e variáveis que podem influenciar tanto o processo de envelhecimento como a adesão e manutenção do regime terapêutico. Em todos eles não se verificou a referência à literacia em saúde, que a meu ver poderá ter um papel determinante tanto no decorrer do processo de envelhecimento como também em termos de preparação da alta.

A literacia em saúde apresenta-se como um conceito cada vez mais em voga, não se limitando tal como algumas definições referem à mera capacidade de ler informações sobre saúde. Literacia em saúde pode ser definida como as habilidades cognitivas e sociais que determinam as motivações e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar informações sobre saúde de forma a promover e manter uma boa saúde. (OMS, 1998). Apesar de não ter sido encontrado nenhuma literatura que relacione a literacia da saúde e a preparação da alta de enfermagem, esta parece poder ter um importante papel em relação adesão e à manutenção da condição de saúde e doença. Por outro lado, a literacia em saúde é fundamental para o *empowerment*, para tal é necessário melhorar o acesso das pessoas à informação em saúde e sua capacidade de usá-la eficazmente (OMS, Sd⁴).

De acordo com Ziegler (1998) citado por Kickbusch (2001), a conexão entre a literacia, saúde, riqueza e bem-estar vai ganhar uma importância crescente, não só em face às

³ In O Portal da Saúde Pública da EU, Acedido em 21.05.2010 http://ec.europa.eu/health-eu/my_health/elderly/index_pt.htm

⁴ In OMS, acedido em 18.04.2010 em www.who.int

epidemias de extrema gravidade, mas também porque as sociedades serão cada vez mais dependentes de populações saudáveis para garantir os custos dos cuidados de saúde face ao envelhecimento da população.

Encontrar as medidas que reflectem a literacia em saúde em termos de conhecimento e em termos de capacidades para agir, resolver problemas e avaliar as circunstâncias será um desafio (Kicbusch, 2001). Segundo a mesma autora, a medição da literacia da saúde pode ser o primeiro grande passo na construção de um novo indicador de saúde para as sociedades. Da pesquisa realizada até ao momento emergiram dois instrumentos de medida de literacia da saúde, o Test of Functional Health Literacy in Adults (s-TOFHLA) e Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM).

Alguns estudos têm sido realizados em termos da influência da literacia da saúde na condição de saúde. Kripalani [et al] (2006) procurou perceber os efeitos da baixa literacia na habilidade de auto-gestão do regime medicamentoso de doentes com doença coronária. Do total da população com média de idades de 65,4 anos, verificou que metade apresentava uma literacia em saúde insuficiente e que, a capacidade de gerir a medicação foi significativamente associada com a literacia da saúde. Pacientes com baixa literacia da saúde apresentavam maior ineficácia na identificação dos medicamentos e gestão dos mesmos. Ainda relacionado com a gestão da medicação Davis [et al] (2006) procurou compreender através de um estudo descritivo se os pacientes adultos são capazes de interpretar e compreender as advertências presentes no folheto informativo dos medicamentos. Verificou que os indivíduos com baixa literacia tinham dificuldade em compreender as advertências dos medicamentos contidas nos folhetos informativos.

FANG [et al] (2006) procurou avaliar como a literacia em saúde está associada aos conhecimentos sobre o medicamento “varfarina” e a aderência e controlo do mesmo. Em termos de metodologia esta autora utilizou a Test of Functional Health Literacy in Adults (s-TOFHLA) para medida dos níveis de literacia da saúde. FANG [et al] (2006) verificou que uma baixa literacia estava associada a respostas incorrectas às questões sobre o mecanismo da varfarina, efeitos colaterais e interacções medicamentosas. Verificou no entanto que o baixo nível de literacia não estava associado à adesão auto-relatada à “varfarina” e com o controlo da anticoagulação.

Num estudo longitudinal realizado por Paasche-Orlow [et al] (2006) sobre literacia da saúde e terapêutica anti-retroviral e supressão HIV-RNA verificou-se que, ao contrário de outros trabalhos, a baixa literacia da saúde não foi associada a uma menor adesão à terapêutica e

supressão do vírus. Estes autores utilizaram como instrumento de avaliação da literacia a Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM).

Sudore [et al] (2006) procurou avaliar através de um estudo prospectivo de 5 anos se a baixa literacia está associada à mortalidade dos idosos. Foi também utilizado como instrumento de avaliação da literacia a Rapid Estimate of Adult Literacy in Medicine (REALM). Os autores verificaram que a baixa literacia está independentemente associada a um aumento quase duas vezes mais da mortalidade. Mancuso e Rincon (2006) através de um estudo longitudinal, procurou avaliar a associação entre literacia da saúde e Asma e a gestão da mesma. Os autores verificaram que uma menor literacia em saúde foi associada com uma pior qualidade de vida, pior função física e uma maior utilização dos serviços de urgência devido à Asma. Os autores utilizaram como medida da literacia da saúde o Test of Functional Health Literacy in Adults (s-TOFHLA).

2. DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.

Tendo em conta a questão de partida, de que modo se processa a preparação da alta hospitalar de enfermagem ao idoso internado por agudização de doença, que se apresente autónomo no momento da alta, de modo a capacitá-lo para a gestão da sua condição de saúde? e o enquadramento teórico conceptual realizado até ao momento definimos os objectivos de estudo que se seguem.

2.1 OBJECTIVOS DE ESTUDO.

Objectivo geral:

Analisar e compreender o processo de preparação da alta hospitalar de enfermagem ao idoso internado por agudização de doença, que se apresente autónomo no momento da alta, de modo a capacitá-lo para a gestão da sua condição de saúde.

Objectivos Específicos:

- Caracterização sócio demográfica dos idosos internados;
- Caracterização da morbilidade e do acontecimento agudo que motivou o internamento dos idosos;
- Identificação da motivação para aquisição de conhecimentos pelos idosos;
- Identificação das necessidades de conhecimentos e de capacidades dos idosos relacionadas com a alta hospitalar;
- Identificação de cuidados e estratégias de preparação da alta a idosos;
- Identificação de factores que podem influenciar o processo da preparação da alta;

2.2 – VARIÁVEIS EM ESTUDO

2.2.1 – Variáveis Independentes

- Idade.
- Género.
- Estado civil.
- Agregado familiar.

- Ocupação passada.
- Escolaridade.
- Diagnóstico clínico.
- Tempo de internamento.
- Diagnósticos de enfermagem.

2.2.2 – Variáveis Dependentes.

- Preocupações dos idosos com a saúde.
- Cuidados com a saúde por parte do participante.
- Percepção do doente sobre os conhecimentos da sua saúde.
- Percepção do doente sobre o controlo da sua saúde.
- Conhecimento do motivo do internamento.
- Preocupação do doente com os cuidados após a alta.
- Motivação para aquisição de conhecimentos.
- Necessidades de encaminhamento após a alta.
- Disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta.
- Intervenções de preparação da alta.
- Estratégias de preparação da alta.
- Factores determinantes da preparação da alta.

3. METODOLOGIA

Tendo em conta a nossa problemática e os objectivos, delineou-se um estudo de tipo descritivo, transversal e exploratório que consta de um inquérito aos idosos, um questionário aos enfermeiros e análise dos registos de enfermagem, realizado em 2011, num contexto de internamento de Medicina Interna num Hospital Central.

3.1. CONTEXTO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO

Ao se pretender caracterizar a preparação da alta de enfermagem à pessoa idosa importa ter em conta um contexto onde esta se dê, como seja o internamento hospitalar. Por outro lado, incidindo o estudo numa população em processo de envelhecimento, é de relevância que o internamento hospitalar contemple esta faixa etária da população. Assim sendo, uma boa possibilidade para o contexto da realização deste estudo foi um serviço de Medicina Interna de um hospital que, pelas suas características engloba os aspectos anteriormente referidos. Opta-se assim pela realização do estudo num serviço de Medicina Interna de um Hospital Central situado na Sub Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.

Ainda em termos do contexto de realização do estudo, após definido e obtido a respectiva autorização para a realização do mesmo, foi realizado à priori uma caracterização e análise do que é a preparação da alta de enfermagem nesse mesmo contexto. Para tal recorreu-se sobretudo à consulta documental de processos dos doentes e documentos internos do serviço.

Em termos de espaço físico, trata-se de um serviço de internamento situado num dos pisos superiores do hospital, encontrando-se em funcionamento desde 1991. É um serviço misto onde a grande maioria dos quartos de enfermaria é de três camas. No total o serviço é constituído por trinta camas de enfermaria. Em termos físicos possui um longo corredor onde do lado nascente se situam todos os quartos dos doentes internados, enquanto no lado poente se situam gabinetes e salas de trabalho destinadas a diversas funções e grupos profissionais. De destacar que recentemente foi criado no exterior do serviço uma sala polivalente que possibilita vários tipos de intervenções, desde procedimentos e intervenções a conversas de índole formal ou informal com doente e famílias.

A análise da missão e filosofia da prestação de cuidados torna-se necessário no sentido de perceber qual o seu encadeamento com a temática do estudo. No que concerne à missão do serviço de Medicina, esta prende-se, essencialmente, com a prestação de cuidados à população alvo com eficiência e qualidade, a custos socialmente comportáveis, promovendo a articulação com outros hospitais e com os cuidados de saúde da comunidade. Em relação à filosofia dos cuidados de enfermagem prestados nos serviços de Medicina, esta tem em conta que o utente é o centro das nossas intervenções existindo um compromisso com a melhoria contínua rumo à excelência dos cuidados e serviços em consonância com a política nacional de saúde e a cultura organizacional.

Quanto à constituição das equipas multidisciplinares, o serviço é composto por vinte e quatro enfermeiros, dos quais faz também parte um especialista em reabilitação. Além destes profissionais, à que fazer referência aos médicos, fisioterapeutas, dietista e assistente social. Todo este envolvimento da equipa multidisciplinar assume especial relevância em indivíduos com múltiplas patologias, dependências nos auto-cuidados e situações sócio-económicas complexas. Esta organização constituiu-se assim como essencial na prestação de cuidados que fossem ao encontro das necessidades da pessoa e família.

Outro aspecto que consideramos importante mencionar diz respeito ao método de trabalho da equipa de enfermagem que, neste contexto é baseado no método do enfermeiro responsável, em que os clientes, familiares e/ou prestadores de cuidados informais são alertados para a existência de um enfermeiro que está responsável pela sua situação. Quando se verifica a ausência do enfermeiro responsável, a continuidade no plano de cuidados é assegurada pelos restantes enfermeiros do serviço.

No que concerne ao processo de registos de enfermagem, no serviço é utilizada o sistema informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem), fazendo-se uso da linguagem CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem). O sistema SAPA permite um acesso e intervenção no processo de enfermagem e uma consulta de todos os restantes elementos relacionados com o processo do doente, seja, aspectos médicos ou de outra índole. Em termos de processo de enfermagem entre muitas intervenções destaca-se a possibilidade de realização de uma avaliação inicial de enfermagem, a definição do processo de enfermagem através do levantamento dos diagnósticos de enfermagem e respectivas intervenções de enfermagem, levantamento de atitudes terapêuticas e respectivas intervenções. É igualmente dada a possibilidade em espaço próprio para a realização de registos por extenso para situações ou ocorrências não contempladas no sistema. Em termos de articulação e/ou continuidade dos cuidados é possível redigir uma carta de transferência

que contempla os diagnósticos e intervenções de enfermagem que vigoram na data de alta ou saída do doente. Na identificação dos diagnósticos de enfermagem é possível registar se o doente não apresenta conhecimentos⁵ ou capacidades⁶ relativas a algum aspecto da sua condição de saúde, ao que se associa se necessário, intervenções do tipo ensinar, instruir⁷ ou treinar⁸, seja, ao doente ou prestador de cuidados. De realçar que das várias classes profissionais, médicos e enfermeiros são aqueles a quem os sistemas possibilitam a visualização em tempo real dos registos de ambas as classes profissionais.

Pelo que constatámos, no serviço de Medicina verifica-se que os doentes internados são na sua grande maioria pessoas idosas, apresentando uma multiplicidade de patologias ou motivo de internamento.

Num documento estatístico do departamento de Medicina podemos verificar que no ano de 2010 houve um total de 1009 doentes internados, 593 do sexo masculino e 416 do sexo feminino. A média de idades situa-se nos 72 anos e a demora média de internamento é de 10,26 dias. Em termos de patologias aparecem com maior prevalência as doenças do sistema circulatório, seguido pelas doenças do sistema neurológico e doenças infecciosas.

Num outro documento de acompanhamento de actividade do serviço de Medicina relativo ao período de Janeiro a Novembro de 2010, podemos verificar que o serviço de medicina apresenta uma demora média de 11,04 dias e uma taxa de ocupação de 107,69%.

Por fim destacar que a alta é uma tomada de decisão médica, podendo ser ou não neste contexto de estudo ser comunicada ao doente pelo médico ou enfermeiro. Não existe uma hora ou período para que a alta enquanto momento de saída do serviço ocorra. Esta pode dar-se a qualquer momento, sendo a documentação relativa à mesma, bem como outros aspectos ou recomendações finais, ser dadas tanto pela classe médica como pela classe de enfermagem.

3.2. FONTES DE INFORMAÇÃO DO ESTUDO

Face à temática em estudo foi nosso objectivo obter dados ricos e que dessem respostas aos nossos objectivos em estudo. Como tal, foi do nosso interesse recorrer a todas as fontes de

⁵ Conhecimento – Tipo de pensamento com as características específicas: conteúdo específico do pensamento com base em sabedoria adquirida ou em informação e competência aprendidas; domínio e reconhecimento da informação. (CIPE, versão Beta 2).

⁶ Aprendizagem de capacidades – Tipo de aprendizagem com as características específicas: aquisição do domínio de actividades práticas associada a treino, prática e exercício. (CIPE, versão Beta 2).

⁷ Instruir – Tipo de ensinar com as características específicas: dar a alguém informação sistemática sobre como fazer alguma coisa.

⁸ Treinar – Tipo de instruir com as características específicas: desenvolver as competências de alguém ou o funcionamento de alguma coisa.

informação que pudessem disponibilizar informações sobre a preparação da alta de enfermagem aos idosos internados por agudização da doença. Foram seleccionadas três fontes de informação, os idosos internados por agudização de doença, os enfermeiros que prestaram cuidados aos referidos idosos e os registos existentes nos processos dos idosos entrevistados.

A opção por estas três fontes de informação permitiu-nos igualmente realizar uma comparação de variáveis tendo por base informação proveniente de fontes de informação diferentes.

3.2.1 Idosos internados por agudização de doença

Relativamente aos idosos internados por agudização, a amostragem por conveniência pareceu dar resposta aos objectivos. Os idosos são assim convenientes e acessíveis e, no caso específico do estudo, centram-se nos doentes internados num contexto seleccionado.

Apesar da amostragem por conveniência há que ter em conta alguns critérios para a selecção dos participantes, entre os quais se destaca:

- Indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos;
- Pessoas sem alterações no estado de consciência e que demonstrem capacidade para colaborar nos momentos do estudo que implique a participação dos mesmos;
- Pessoas com um grau de autonomia e independência que lhe permita intervir na sua condição de saúde;
- Pessoas em que o seu estado de saúde permita a participação no estudo.

Os critérios de selecção acima mencionados têm na sua base algumas justificações. Ao se pretender estudar indivíduos em processo de envelhecimento, a opção por indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos prende-se com o facto de ser esta a idade cronológica associada ao envelhecimento. Ao pretender estudar a caracterização da alta de enfermagem aos idosos torna-se importante que os mesmos reúnam um conjunto de capacidades que lhe permita dar o seu contributo para o estudo. Estas capacidades prendem-se nomeadamente com a ausência de desorientação auto e alô-psíquica, deficit cognitivo e a manutenção da capacidade de comunicar verbalmente. Estes aspectos são igualmente essenciais no processo de colheita de dados. Interessa que os participantes do estudo apresentem um grau de autonomia e independência física que lhes permita agir e ter um papel activo caso o desejem na gestão e manutenção da sua condição de saúde. Relativamente ao último critério, estando o doente numa situação de internamento agudo, há que salvaguardar que o seu estado de saúde

permita participar no estudo e por outro lado que essa participação não seja factor de exacerbação do motivo de internamento ou outro.

Pensamos que, através destes critérios, os idosos seleccionados são representativos da população-alvo e que compreenderam os “pré-requisitos” necessários para o aprofundamento do nosso fenómeno em estudo.

Foram seleccionados 25 idosos que dão respostas aos critérios acima mencionados.

3.2.2 Enfermeiros prestadores de cuidados aos idosos

Os enfermeiros constituíram-se igualmente como uma fonte de informação uma vez que poderiam dar alguns contributos para o fenómeno em estudo, nomeadamente para alguns objectivos específicos que foram delineados. Para tal foi-lhes solicitado o preenchimento de um questionário. Inicialmente era nossa intenção seleccionar os enfermeiros que mais directamente interviriam na prestação de cuidados aos idosos entrevistados, no entanto este critério poderia levar a que um grande número de enfermeiros fosse seleccionado. Para ultrapassar este aspecto optou-se por seleccionar e solicitar o preenchimento de um questionário a apenas dois enfermeiros por cada idoso entrevistado e que correspondem ao enfermeiro responsável pelo doente idoso durante o internamento por ser este o método de trabalho instituído e o enfermeiro que deu a alta ao idoso.

Inicialmente era esperado obter um total de 50 questionários a enfermeiros que cuidaram dos idosos entrevistados, no entanto apenas 14 enfermeiros vieram a entregar os questionários preenchidos.

3.2.3 Registos do Processo de internamento dos idosos entrevistados

Os registos realizados no processo de internamento de cada idoso entrevistado constituiu-se como a terceira fonte de informação. Os registos enquanto elemento e meio que documenta a prestação de cuidados podem fornecer informações importantes em termos dos cuidados de preparação da alta de enfermagem realizados. Segundo Lobiondo-Wood e Haber (2001), os registos de hospitais, planos de cuidados e fontes de dados existentes são usados frequentemente para obtenção de informação que dá respostas a objectivos de estudo.

Assim dentro do processo de internamento de cada idoso entrevistado, procurou-se realizar uma análise de alguns documentos, nomeadamente todo o processo de enfermagem e a nota de alta médica e perceber que informação se encontra ou não descrita relativamente às variáveis enunciadas.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

A obtenção de informação junto dos participantes é um aspecto central no sentido de dar resposta aos nossos objectivos de estudo. Como tal definimos como método de colheita de dados o inquérito. O inquérito foi usado nos idosos e nos enfermeiros.

3.3.1 – Entrevistas aos idosos internados

Relativamente à forma de inquirir opta-se no caso dos idosos pela entrevista parcialmente estruturada. Neste tipo de entrevista Fortin (1999) refere que a entrevista não estruturada apresenta diversos graus de estrutura, onde se engloba a entrevista parcialmente estruturada. Nesta entrevista o investigador apresenta uma lista de temas a abordar, formula questões a partir destes temas e apresenta-os ao participante. Apesar do seu tipo de estrutura, a entrevista permitirá ao participante uma maior “liberdade” para expor a sua opinião e pontos de vista em relação aos objectivos do estudo.

Além dos seus contributos em termos de colheita de dados a entrevista ao ser conduzida face a face permitirá ultrapassar possíveis limitações características do processo de envelhecimento como seja diminuição da acuidade visual e/ou auditiva, dificuldades na escrita e outros.

No sentido de uma maior e melhor percepção das informações e dados partilhados será solicitado autorização aos participantes para a gravação em áudio das entrevistas. Ainda em relação às entrevistas, Fortin (1999) refere que o investigador utiliza um guião com as linhas orientadoras dos temas a explorar. Este será um aspecto a ter em conta à priori, apresentando-se em anexo as linhas orientadoras das questões à colheita de dados. Na construção dos guiões foram tidos em conta as linhas orientadoras de Fortin (1999) e Hill e Hill (2009), tendo-se por base as variáveis acima referidas e os objectivos de estudo. No sentido de otimizar os métodos de colheita de dados, nomeadamente de formular questões que respondam efectivamente aos objectivos de estudo, o guião de entrevista foi alvo de um pré teste à priori.

3.3.2 – Questionários abertos aos enfermeiros

No caso dos enfermeiros o inquérito foi realizado através do preenchimento de um breve questionário aberto, no sentido de se obter o ponto de vista deste profissional de saúde relativamente à preparação da alta do idoso. Este questionário surge após a renitência verificada durante a fase de pré teste por parte dos enfermeiros em participarem nas entrevistas que estavam pré definidas para realizar aos mesmos. Opta-se por um questionário aberto para permitir uma resposta escrita mais livre por parte dos sujeitos (Fortin, 1999).

3.3.3 Pré teste aos instrumentos de colheita de dados

Em relação a este pré teste, o mesmo teve a duração de aproximadamente um mês, tendo decorrido no contexto de realização do estudo e obedecido a todas as orientações definidas até esta fase. De destacar que foi alvo de pré teste tanto o guião de entrevista aos idosos como o guião de entrevista aos enfermeiros. No que toca ao guião de entrevista aos idosos, no pré teste foi possível evidenciar alguns aspectos que necessitaram de sofrer alteração. Foram realizadas 5 entrevistas a idosos, tendo-se evidenciado como principais alterações a realizar, uma diminuição do tempo de entrevista, uma diminuição do número de entrevistas, para um total de uma entrevista que englobe todos os conteúdos. Relativamente ao guião de entrevista aos enfermeiros o principal aspecto a destacar não se prendeu com o conteúdo do mesmo mas sim, a disponibilidade e renitência por parte dos enfermeiros em darem o seu contributo no estudo através de uma entrevista. Como tal optou-se pela aplicação de um questionário aberto que tem por base as mesmas linhas orientadoras do guião de entrevista inicialmente formulado. De destacar que foram aplicados 5 entrevistas de pré teste a enfermeiros.

3.4. PROCESSO DE COLHEITA DE DADOS

A operacionalização do processo de colheita de dados foi sem dúvida um desafio. Após a obtenção do consentimento foi acordado com cada doente a realização da entrevista parcialmente estruturada, a qual foi realizada o mais próximo possível do dia da alta hospitalar. As entrevistas aos participantes foram realizadas no dia da alta ou no dia anterior à alta. Igualmente no final do internamento foi solicitado ao enfermeiro responsável pelo doente ou o enfermeiro que deu a alta o preenchimento do questionário aberto.

Todo este processo de colheita de dados teve a duração de três meses.

De destacar que cada entrevista foi realizada num espaço que conferiu protecção aos participantes, respeitando-se deste modo princípios éticos.

Após a alta do doente procedeu-se à análise do processo de cada idoso no sentido de perceber o que se encontra descrito em termos de preparação da alta ao idoso nos registos de enfermagem. De destacar que os documentos alvos foram, todos os elementos do processo de enfermagem e relatório de alta da equipa médica.

Processo de colheita de dados

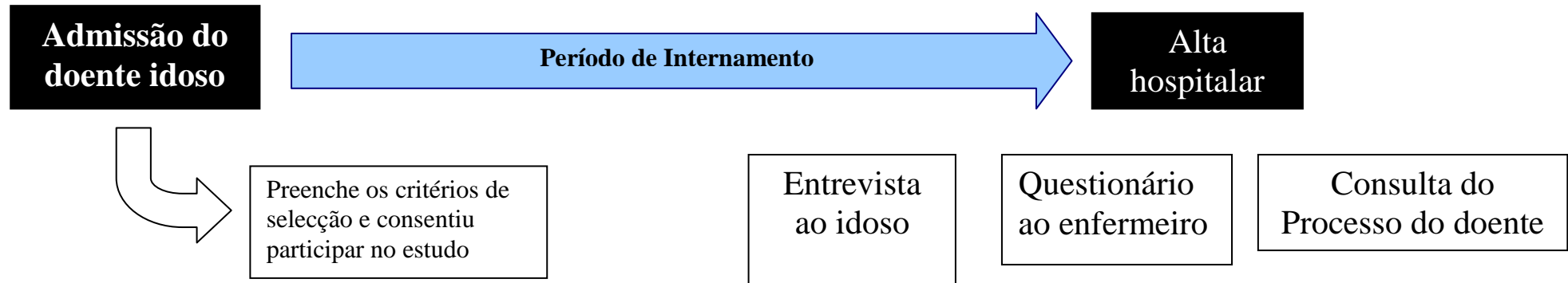


Figura 1 – Processo de colheita de dados

3.5. TRATAMENTO DOS DADOS

Tal como verificamos nos pontos anteriores, toda a informação colhida relativa à preparação da alta hospitalar de enfermagem ao idoso internado foi proveniente de três fontes, o idoso internado, o enfermeiro que directamente prestou cuidados ao idoso e os registos do processo de internamento do idoso. Após ter sido dado por terminada a colheita de dados, o tratamento dos mesmos teve início centrando-se nas seguintes fases. Em primeiro lugar uma análise estatística descritiva que tem por base as informações provenientes das entrevistas aos idosos, questionários aos enfermeiros e os registos do processo de internamento do doente idoso. Em segundo lugar uma abordagem mais pormenorizada e descritiva baseada numa análise de conteúdo das entrevistas aos idosos e questionários aos enfermeiros. Por fim uma análise aos registos do processo de internamento dos idosos.

Em síntese, ao possuímos informação proveniente de três fontes, doente idoso, enfermeiro prestador de cuidados e registos do processo do doente, vamos de forma o mais exaustiva possível explorar e tratar essa informação primeiramente de forma estatística e em segundo lugar de forma mais qualitativa.

3.5.1 Análise estatística descritiva

Nesta fase de tratamento dos dados recorreu-se às informações provenientes das três fontes, entrevistas aos idosos internados, enfermeiros que prestaram cuidados aos referidos idosos e os registos do processo de internamento dos idosos.

Esta fase do tratamento dos dados teve início com a criação de uma base de dados em Excel tendo por base as variáveis em estudo e onde se procurou agrupar a informação proveniente das diferentes fontes. De destacar que para cada variável a informação pode ser proveniente de apenas uma fonte de informação ou das três fontes de informação. De destacar que se verificou uma conformidade em termos das informação quando uma mesma informação pode ser proveniente de várias fontes. As variáveis centram-se assim nos grandes domínios abaixo referidos e aos quais juntamos as fontes de onde foi proveniente a informação para as várias variáveis.

Caracterização sócio demográfica do participante

- Idade.
- Género.
- Estado civil.
- Agregado familiar.
- Ocupação passada.
- Escolaridade.

Fonte de informação:

Entrevista ao idoso internado
Registos do processo do idoso

Condição de saúde:

- Antecedentes pessoais, segundo o participante.
- Cuidados com a saúde por parte do participante.
- Percepção do doente sobre os conhecimentos da sua saúde.
- Percepção do doente sobre o controlo da sua saúde.

Fonte de informação:

Entrevista ao idoso internado
Registos do processo do idoso

Acontecimento agudo:

- Diagnóstico clínico.
- Tempo de internamento.
- Conhecimento do motivo do internamento.
- Diagnósticos de enfermagem.

Fonte de informação:

Entrevista ao idoso internado
Registos do processo do idoso

Necessidades de conhecimentos:

- Preocupação do doente com os cuidados após a alta.
- Necessidades de conhecimentos do participante.
- Realização de ensinios aos idosos.
- Necessidades de encaminhamento após a alta.

Fonte de informação:

Entrevista ao idoso internado
Questionário ao enfermeiro
Registos do processo do idoso

Preparação da alta

- Disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta.
- Cuidados prestados para preparação da alta.
- Estratégias de preparação da alta.

Fonte de informação:

Entrevista ao idoso internado
Questionário ao enfermeiro
Registos do processo do idoso

- Factores de preparação da alta.

Após completada, esta base de dados constitui-se como o ponto de partida para a primeira fase de tratamento dos dados, um tratamento estatístico descritivo através da distribuição de frequências e de medidas de tendência central, que foi realizada recorrendo à funcionalidade do programa informático Excel. A partir daqui foi possível obter frequências relativas e absolutas, médias, moda e desvio padrão das variáveis em estudo.

3.5.2 Análise de conteúdo das entrevistas e questionários

Na fase que se segue, mais descritiva, pretendeu-se alcançar uma descrição mais pormenorizada dos dados obtidos na primeira fase recorrendo-se à informação descritiva das entrevistas aos idosos e dos questionários aos enfermeiros. Para tal, no sentido de alcançar esta descrição das variáveis, procurou-se tanto para os idosos como para os enfermeiros realizar uma análise de conteúdo dos resultados obtidos através da colheita de dados. Realizou-se assim uma análise de conteúdo às entrevistas dos idosos e uma análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros.

Segundo Berelson (1968, citado por Bardin, 1979), a análise de conteúdo é uma técnica que permite efectuar uma descrição objectiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto das comunicações, tendo como objectivo a sua interpretação. Neste trabalho orientamos a nossa análise de conteúdo desde a constituição do corpus até ao processo de codificação categorização, tendo por base os pressupostos da Bardin (1979).

Relativamente a ambas as análises de conteúdo, em primeiro lugar realizou-se uma leitura aprofundada das entrevistas aos idosos e das respostas dos enfermeiros. Em ambos foram identificados unidades de registo, as quais foram codificadas e agrupadas em categorias, subcategorias e sub subcategorias. Relativamente à codificação das unidades de registo, no caso dos questionários aos enfermeiros optou-se pela utilização apenas da primeira letra do nome do doente a quem foi realizada a entrevista (ex. Sr. A – Resposta obtida no questionário ao enfermeiro que cuidou do Sr. A). No caso das entrevistas aos idosos, na codificação optou-se pela utilização da primeira letra do idoso entrevistado, ao qual se acrescenta a linha da entrevista onde tem início a unidade de registo (ex. Sr. A, L31 – unidade de registo correspondente à entrevista do Sr. A, encontrando-se na linha 31 da entrevista).

3.5.3 Análise dos registos do processo de internamento do idoso

Esta análise dos registos de internamento dos idosos entrevistados centra-se numa leitura e levantamento de toda a informação que possa constituir-se como um complemento de informação à análise estatística. Ou seja a título de exemplo, se os registos de enfermagem que constituem o processo de internamento do idoso mostram que foi realizado algum tipo de cuidados de preparação da alta, a análise dos registos permitir-nos-á enunciar e descrever que tipo de cuidado é esse.

3.6. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Segundo o Código Deontológico do Enfermeiro (2005, p. 17) “os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação como bem-estar de outros seres humanos. Não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos *gente que cuida de gente*⁹, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora”. Como tal, ao se partir para uma investigação importa primeiro que tudo tem em conta alguns princípios éticos na realização da mesma.

Importa ter em conta que da investigação não devem advir prejuízos para os participantes nos vários momentos da mesma. Deste modo estará a ser salvaguardado o princípio da não maleficência (Streubert e Carpenter, 2002). Fortin (1999) evidencia cinco níveis de risco resultantes da investigação, e que numa análise prévia se prevê que esta investigação se enquadre no primeiro nível, relativo a nenhum risco previsto para os participantes. Salvaguarda-se igualmente a possibilidade de um risco temporário que segundo Fortin (1999) se refere a um desconforto semelhante ao da vida quotidiana que cessa quando termina a investigação, e que se refere a título de exemplo ao desconforto físico e fadiga resultante da participação numa entrevista ou resposta a um questionário. Por se tratar de um estudo em contexto de hospital de agudos, ficará igualmente salvaguardado que os participantes só darão o seu contributo para o estudo caso o mesmo não coloque em causa a recuperação do participante.

O princípio da autonomia e auto-determinação será tido em conta através da obtenção do consentimento informado de cada participante (Carmo e Ferreira, 1998; Fortin 1999; LoBiondo-Wood e Haber, 2001; Streubert e Carpenter, 2002; Artº. 6º Alínea b) Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos; Artº. 16 Convenção dos Direitos Humanos e Biomedicina). Para tal, há que informar os participantes sobre todos os aspectos da investigação que podem ter

⁹ Expressão de Wanda Horta citada no Código Deontológico do Enfermeiro (2005)

influência na sua decisão de nela colaborar ou não e explicar-lhe os aspectos da investigação sobre os quais possam vir a ser colocadas questões (Carmo e Ferreira, 1998). De igual modo todos os participantes estarão informados e protegidos em relação ao facto de decidirem não colaborar na investigação ou eventualmente desistir no decurso da mesma (Carmo e Ferreira, 1998; Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999), o direito ao anonimato e à confidencialidade é respeitado se a identidade do sujeito não puder ser associada às respostas individuais mesmo pelo próprio investigador. Deste modo ao longo desta investigação serão reunidos todos os esforços e meios no sentido das informações e as identidades dos participantes não serem à posterior associadas aos mesmos e serem apenas trabalhadas pelo investigador e respectivo orientador. Dadas as características desta investigação, como seja, a colheita de dados face a face mediante entrevista, reduzida amostra e descrição aprofundada e pormenorizada dos dados, podem ser colocados maiores desafios no que concerne ao anonimato (Streubert e Carpenter, 2002). Será assim realizado um esforço acrescido no sentido da manutenção deste direito. Ainda tendo em conta o Artº 85 do Código Deontológico do Enfermeiro referente ao dever de sigilo, o enfermeiro assume o dever de manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de investigação.

A intimidade dos participantes será tida em conta através do esforço para reunir um conjunto de meios e infra-estruturas que permita proteger o indivíduo aquando da partilha de informações. De igual modo todos os participantes serão informados e protegidos em relação à extensão da informação que pretende partilhar durante a investigação (Fortin, 1999).

Serão ainda tidos em conta as considerações éticas relacionadas com a relação investigador participante (Streubert e Carpenter, 2002). Como tal e segundo as mesmas autoras (2002), sendo este um aspecto sensível à investigação qualitativa será tido o cuidado para que durante a investigação, o papel do investigador não mude para consultor ou terapeuta.

Além do consentimento dos participantes, será igualmente solicitado autorização às instituições para a realização do estudo (Carmo e Ferreira, 1998).

4. ESTUDO PRÉVIO DE CARACTERIZAÇÃO DA PREPARAÇÃO DA ALTA DE ENFERMAGEM A IDOSOS

No sentido de uma melhor caracterização do nosso contexto de estudo e explorar o que foi a preparação da alta de enfermagem ao idoso no ano de 2010, procuramos realizar uma pequena pesquisa documental nos processos dos doentes com mais de 65 anos internados no serviço em questão. Pretendeu-se evidenciar aspectos relativos à caracterização do contexto e do doente, mas sobretudo relacionado com a preparação da alta. Para tal foi criada uma base de dados em Excel, tendo por base os seguintes aspectos a analisar:

- Idade.
- Sexo.
- Diagnóstico médico.
- Antecedentes pessoais.
- Prescrições medicamentosas.
- Prescrição de medidas terapêuticas.
- Tipos de medidas terapêuticas.
- Encaminhamento após a alta.
- Necessidades de conhecimentos e capacidades.
- Intervenções do tipo informativo.
- Articulação.

Foram assim analisados um total de 567 processos de doentes internados durante o ano de 2010 com idade igual ou superior a 65 anos. Desta análise podemos verificar que a média de idade se situou nos 79 anos. Em termos de género, os doentes do sexo masculino correspondem a um total de 55% (N=312) dos doentes analisados. Tratando-se de doentes idosos constata-se sem espanto que apenas dois doentes não apresentam descritos antecedentes pessoais de saúde.

Tabela 1 – Estudo prévio - Género e Antecedentes pessoais relacionados com a saúde

Género	n	%
MASC	312	55
FEM	255	45
TOTAL	567	100

Antecedentes pessoais de saúde	n	%
SIM	565	100
NÃO	2	0
TOTAL	567	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Nesta pesquisa foram analisadas as cartas de alta médica dos 567 doentes no sentido de encontrar informações relativas às necessidades de cuidados de saúde que cada doente pode apresentar aquando a alta hospitalar. Neste sentido restringimos a nossa pesquisa a dois campos principais, medidas farmacológicas e medidas não farmacológicas. Relativamente às medidas farmacológicas, podemos verificar que 81% (N=461) dos doentes analisados no momento da alta têm indicação para iniciar novos fármacos.

No que concerne às medidas não farmacológicas, nelas foram contempladas todo um conjunto de medidas e indicações que cada doente tem no momento da alta hospitalar. Podemos verificar que foram dadas indicações de medidas não farmacológicas a 30% (N=171) dos doentes analisados.

Tabela 2 – Estudo prévio – Prescrições medicamentosas e outras medidas terapêuticas dos idosos que têm alta.

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Prescrições medicamentosas	462	81	105	19	567	100
Outras medidas terapêuticas	171	30	396	70	567	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Foram várias as medidas não farmacológicas identificadas, sendo que os cuidados com a dieta é o que mais prevalece com 37% (N=68), seguindo-se os cuidados como a oxigenoterapia com 19% (N=36) e a inaloterapia com 11% (N=21).

Tabela 3 – Estudo prévio - Medidas não farmacológicas identificadas nos idosos com alta

Medidas não farmacológicas	n	%
OXIGÉNIO	36	19
VNI	8	4
INSULINA	10	5
INALOTERAPIA	21	11
CONTROLO TERAPÊUTICO	1	1
DIETA	68	37
ESTILOS DE VIDA	12	6
EXAMES	1	1
TERAPÊUTICA EV	3	2

INJEÇÃO	6	3
REPOUSO	2	1
PENSO	12	6
DIÁLISE	1	1
PEG	1	1
GLICEMIA E TENSÃO	2	1
TENSÃO	1	1
EXERCÍCIO	1	1
TOTAL	186	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Relativamente a estas medidas tanto farmacológicas com não farmacológicas identificadas através da análise deste documento de registo médico é do nosso entender que estas indicações se constituem como uma necessidade do doente relativamente à sua condição de saúde.

Olhando mais aprofundadamente para os cuidados de enfermagem recorrendo à análise do processo de enfermagem, procurou-se analisar nos 567 doentes com idade igual ou superior a 65 anos as informações que pudessem reflectir a preparação da alta dos idosos. Nesse sentido, direccionamos a nossa análise para as necessidades de conhecimentos e capacidades dos idosos, intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, articulação e encaminhamento após a alta.

Relativamente aos 567 idosos, apenas foram identificadas necessidades de conhecimentos e capacidades em 8% (N=47 e N=43) desses doentes.

Por outro lado os registos de enfermagem mostram que foram realizadas 81 intervenções do tipo informar aos doentes analisados.

Tabela 4 – Estudo prévio - Necessidades de conhecimento, capacidade e intervenções do tipo informar identificadas nos idosos

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Conhecimentos não demonstrados	47	8	520	92	567	100
Capacidades não demonstradas	43	8	524	92	567	100
Intervenções do tipo informar	81	14	486	86	567	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Nas intervenções do tipo informar podemos verificar que as intervenções com os auto-cuidados destacam-se, com 19% (N=19), seguindo-se intervenções do tipo informar relacionadas com a prevenção de infeção com 10% e a inaloterapia com 9%. Destacar igualmente que o total destas intervenções é superior o número de intervenções do tipo informar, uma vez que para o mesmo doente podem ser realizadas mais do que uma intervenção do tipo informar.

Tabela 5 – Estudo prévio - Tipo de intervenções do tipo informar realizadas aos idosos

Intervenções do tipo Informar	n	%
DOR	1	1
AUTO-CUIDADOS	19	19
EXERCÍCIOS MUSCULOARTICULARES	7	7
PREVENÇÃO INFEÇÃO	10	10
OXIGENOTERAPIA	4	4
INALOTERAPIA	9	9
CUIDADOS COM ALIMENTAÇÃO	3	3
TÉCNICA INJEÇÃO	4	4
TÉCNICA TOSSE	7	7
PRECAUÇÕES COM A FERIDA	3	3
ESTRATÉGIAS ADAPTATIVAS	4	4
HÁBITOS ALIMENTARES	5	5
MEDIDAS DE SEGURANÇA	5	5
PREVENÇÃO ASPIRAÇÃO	3	3
PREVENÇÃO ANQUILOSE	1	1
GLICÉMIA	1	1
TRATAMENTOS	1	1
VNI	3	3
REGIME MEDICAMENTOSO	2	2
PREVENÇÃO COMPLICAÇÕES	1	1
PREVENÇÃO ÚLCERA DE PRESSÃO	4	4
TRAQUEOSTOMIA	2	2
CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS	1	1
PREVENÇÃO MACERAÇÃO	1	1
ORIENTAÇÃO PARA SERVIÇOS DE SAÚDE	1	1
TOTAL	102	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Importa igualmente destacar que se analisarmos os idosos a quem foi realizado intervenções do tipo informar, verificamos que estas intervenções foram realizadas sobretudo a idosos sem dependências para os auto-cuidados. Em seguida surgem os idosos com elevadas dependências para os auto-cuidados, sendo que nestes casos a grande parte das intervenções do tipo informar são direccionadas para o prestador de cuidado.

Tabela 6 – Estudo prévio - Tipos de dependência identificadas nos idosos

Grau de dependência	n	%
SEM DEPENDÊNCIA	44	54
REDUZIDO	7	9
MODERADO	5	6
ELEVADO	25	31
TOTAL	81	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

No que diz respeito à articulação e encaminhamento dos doentes após a alta verificou-se que esta ocorreu em 21% dos idosos analisados, sendo que a sua maioria abrange doentes com elevadas dependências e/ou doentes com necessidade de intervenção em termos de procedimento de enfermagem. A articulação e encaminhamento é sobretudo realizada com Unidades de Cuidados de Saúde Primárias e através de carta de transferência.

Tabela 7 – Estudo prévio - Realização de encaminhamento e articulação após a alta identificado nos idosos

	Sim		Não		Total	
	n	%	n	%	n	%
Encaminhamento	117	21	450	79	567	100
Articulação	118	21	449	79	567	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Por fim se atendermos às necessidades e indicações presentes nas notas de alta médica e se procurarmos perceber se as mesmas são tidas em conta nos registos de enfermagem em termos de intervenções do tipo ensinar, instruir e treinar, podemos verificar que dos 171 doentes onde essas necessidades ou indicações são indicadas, em apenas 5% as mesmas se reflectem nos registos de enfermagem em termos de ensino instrução e treino. Este é um aspecto que pode reflectir pouca articulação entre equipas.

Tabela 8 – Estudo prévio - Relação entre registos médicos e de enfermagem

Reflexo nos registos de enfermagem das indicações médicas ao doente após a alta	n	%
Sim	8	5
Não	163	95
Total	171	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Os cuidados de preparação analisados, são sobretudo centrados em intervenções do tipo informar e estas intervenções do tipo informar são sobretudo realizados a idosos sem dependências para os auto-cuidados, o que de certo modo reforça a importância da nossa atenção em estudar a preparação da alta de enfermagem a idosos com capacidade para gerir a sua condição de saúde. Atendendo às necessidades dos idosos e tendo por base os registos médicos e de enfermagem, verifica-se que não existe uma articulação entre equipa médica e equipa de enfermagem. Verificamos no que concerne a intervenções do tipo informar que estas se encontram em maior número comparando com as necessidades de conhecimentos e capacidades identificadas. Por fim fica patente que os idosos têm necessidades relacionadas com aspectos farmacológicos e não farmacológicos tendo em conta o regresso a casa.

Por outro lado esta pesquisa fornece-nos um conjunto de dados que posteriormente permitem uma confrontação com os resultados obtidos no estudo. Por outro lado deixa-nos mais despertos para aspectos que podem necessitar de um maior aprofundamento em termos dos resultados do estudo e que abaixo fazemos referência.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS SOBRE A PREPARAÇÃO DA ALTA DE ENFERMAGEM AOS IDOSOS INTERNADOS POR AGUDIZAÇÃO DA DOENÇA.

Apresentamos e discutimos neste momento do trabalho os resultados provenientes da análise estatística descritiva das três fontes de informação e das análises de conteúdo às entrevistas dos idosos e questionários aos enfermeiros que lhes prestaram cuidados.

Em termos de apresentação opta-se em primeiro lugar por apresentar os resultados provenientes da análise estatística os quais representam dados mais objectivos, os quais pretendemos que sejam enriquecidos com os resultados mais descritivos e pormenorizados provenientes das análises de conteúdo.

Com a análise e apresentação dos resultados surge a necessidade de realizar a discussão dos mesmos, tendo por base uma abordagem crítica. Optamos por dar início à discussão dos resultados à medida que os mesmos são apresentados. Para tal, pretende-se que esta discussão assente não só numa postura crítica sobre os resultados obtidos, mas também confrontá-los com outros dados, nomeadamente literatura e resultados provenientes de outros trabalhos de investigação. Ao se ter obtido três pontos de vista sobre a preparação da alta, o idoso, o enfermeiro e os registos de enfermagem, procura-se uma comparação e discussão entre estes pontos de vista, ou seja, vamos comparar variáveis provenientes de diferentes fontes de informação que correspondem a vários pontos de vista. De destacar que se pretende uma comparação entre os resultados obtidos e outras fontes ou dados, como seja o estudo prévio documental realizada à preparação da alta a idosos durante o ano de 2010.

Ao optarmos pela apresentação e discussão dos resultados em simultâneo é nossa intenção tornar mais claro este processo crítico e reflexivo, uma vez que a crítica e reflexão é realizada sobre os dados que estão a ser apresentados. De igual modo e pelas mesmas razões consideramos que poderá ser uma mais-valia para o leitor.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS DOENTES IDOSOS QUE PARTICIPARAM NO ESTUDO.

Partimos para este estudo com a intenção de realizar uma pesquisa sobre a temática da preparação da alta ao idoso internado por motivos agudos. Caracterizarmos os idosos que participaram no estudo é um aspecto importante não só pela singularidade e unicidade que advém do facto de estudarmos um fenómeno em pessoas, mas também por desta caracterização puderem advir importantes contributos ou factores que possam ter alguma influência directa ou indirecta no fenómeno em estudo.

5.1.1 Caracterização sócio demográfica

No que concerne à caracterização sócio-demográfica dos idosos, a informação aqui mencionada advém da análise estatística descritiva e que tem por fonte de informação as entrevistas aos idosos e os registos do processo de internamento dos idosos.

Em relação aos 25 idosos podemos verificar que a idade dos mesmos se encontra compreendida entre os 65 e os 94 anos de idade, sendo a média de idades de 72,8 anos. De realçar igualmente que a idade mais frequente são os 65 anos.

Relativamente à idade dos idosos é possível realizar uma comparação com as informações obtidas a nível da caracterização do contexto de realização do estudo e o estudo prévio realizado em todos os doentes internados em 2010 com mais de 65 anos. Se atendermos aos doentes internados em 2010 com mais de 65 anos, verificamos que a média de idade dos mesmos é de 79 anos, seis anos superior à média registada no estudo que se ficou nos 73 anos. Através dos documentos mencionados na caracterização do contexto e que inclui todos os doentes internados verificou-se que as médias de idade são aproximadas. De destacar em termos de resultados de idade, o facto de a idade mais frequente ser os 65 anos e muitos dos resultados serem próximos desta idade.

Em termos de género, podemos constatar a existência de um equilíbrio entre homens e mulheres, sendo que estas últimas se encontram representadas em 52% (N= 13). Sem espanto verificou-se uma supremacia, apesar de discreta, do género feminino. Este resultado difere daqueles encontrados na caracterização do contexto e na pesquisa dos doentes com mais de 65 anos no ano de 2010, onde o género masculino prevalece.

Tabela 9 - Resultados - Género dos idosos segundo entrevistas aos idosos

Género	n	%
FEM	13	52
MASC	12	48
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

No que concerne ao estado civil dos idosos verificou-se que o casamento está representado por 56% (N=14) da amostra seguido pela viuvez com 24% (N=6).

Tabela 10 - Resultados - Estado civil dos idosos segundo entrevistas aos idosos

Estado civil	n	%
VIUVEZ	6	24
SOLTEIRO	1	4
CASAMENTO	14	56
DIVÓRCIO	4	16
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Relativamente ao agregado familiar pode-se verificar que a maioria dos idosos vive acompanhada, o que representa 80% (N= 20) da amostra. Os restantes vivem sozinhos.

Tabela 11 - Resultados - Agregado familiar dos idosos segundo entrevistas aos idosos

Agregado familiar	n	%
IRMÃO	1	4
SOZINHA	5	20
FILHOS	4	16
ESPOSA	8	32
MARIDO	6	24
COMPANHEIRA	1	4
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Apesar de não ter sido estudado e pouco referidos pelos vários intervenientes do estudo, o facto de nos depararmos com idosos que vivem acompanhados reflecte a importância que os familiares ou pessoa de referência que mais próximo está do idoso pode ter em termos de um recurso na preparação da alta do idoso. De realçar igualmente que os restantes 20% dos idosos são no seu dia-a-dia os actores principais na gestão e manutenção da sua saúde, o que poderá levar a que se personalize e pensar em adequadas estratégias de preparação para a alta neste tipo de idosos.

Em termos de escolaridade, pode verificar-se que a maioria dos idosos apresenta a quarta classe, representando 40% (N= 10) da amostra, seguido por indivíduos com o ensino básico com uma percentagem de 28% (N= 7).

Tabela 12 - Resultados - Escolaridade da amostra

Escolaridade	ni	fi
ANALFABETA	2	8%
SABE ESCREVER MAS NÃO FOI À ESCOLA	1	4%
TERCEIRA CLASSE	2	8%
QUARTA CLASSE	10	40%
OITAVA CLASSE	1	4%
NONA CLASSE	1	4%
BASICO	7	28%
BACHARELATO	1	4%
TOTAL	25	100%

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

As habilitações académicas podem dar-nos algumas respostas em termos de possíveis dificuldades em acesso e gestão da informação em saúde, mas, não reflectem a literacia em saúde. A Literacia em saúde pode ser definida como as habilidades cognitivas e sociais que determinam as motivações e a capacidade dos indivíduos de ter acesso, compreender e utilizar informações sobre saúde de forma a promover e manter uma boa saúde (OMS, 1998). Este é um conceito que parece fazer todo o sentido quando se fala de idosos e em preparação para a alta, uma vez que e segundo, Ziegler (1998) citado por kickbusch (2001), a conexão entre a literacia, saúde, riqueza e bem-estar vai ganhar uma importância crescente, não só em face às epidemias de extrema gravidade, mas também porque as sociedades serão cada vez mais dependentes de populações saudáveis para garantir os custos dos cuidados de saúde face ao envelhecimento da população. Tendo em conta a preparação para a alta, a literacia em saúde no idoso parece surgir aqui com duas vertentes, por um lado a preparação da alta enquanto forma e fonte de informação

em saúde enriquecendo a literacia em saúde do idoso, e por outro lado a literacia em saúde enquanto elemento a avaliar uma vez que representa as habilidades e motivações para ter acesso e compreender as informações em saúde. A avaliação da literacia em saúde parece fazer todo o sentido no planeamento de uma alta da pessoa idosa.

Em síntese, relativamente à caracterização sócio demográfica dos idosos pode-se verificar que a amostra apresenta uma média de idades de 73 anos, existindo um equilíbrio entre homens e mulheres. Os participantes são sobretudo casados e 80% da amostra vive acompanhada. Em termos de escolaridade prevalecem os indivíduos com a quarta classe.

5.1.2 Condição de saúde

No que concerne à caracterização da condição de saúde, realizou-se uma pequena abordagem relativamente à percepção que os participantes têm sobre a sua saúde e os cuidados com as mesmas.

5.1.2.1 Preocupações do idoso com a sua saúde no momento do internamento

Em primeiro lugar procurámos perceber a existência de antecedentes pessoais e/ou problemas de saúde que realmente preocupavam os idosos. Para tal temos como fonte de informação as entrevistas aos idosos. Era nossa intenção termos conhecimento não apenas de antecedentes pessoais em termos de saúde, como patologias ou outros aspectos relacionados, mas sim tudo aquilo que preocupa os idosos relativamente à sua saúde. Em relação a este aspecto através da análise estatística descritiva baseada em informações provenientes das entrevistas aos idosos, foi perceptível verificar que 76% (N=19) dos idosos internados apresentam preocupações em relação a aspectos relacionados com a sua saúde e outros.

Tabela 13 - Resultados – preocupações manifestadas pelos idosos no internamento – análise estatística descritiva das entrevistas

Preocupações manifestadas pelos idosos	n	%
SIM	19	76
NÃO	6	24
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Em relação à percentagem mencionada de idosos que manifesta preocupações no momento de internamento, foi possível através da análise de conteúdo às entrevistas realizadas dos idosos,

explorar de forma mais minuciosa em que consiste essas preocupações, aspecto que apresentamos abaixo.

Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - preocupações dos idosos

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de registo
Condição de saúde	Preocupações dos doentes idosos em relação ao internamento	Preocupação com a condição de saúde	(Sr. A, L 39); (Sr. D, L26); (Sr. E , L29); (Sr. Y, L 37); (Sr. L, 25); (Sr. T, L16); (Sr. T, L 16); (Sr. V, L33); (Sr. M, L30); (Sr. P, L24); (Sr. G, L23); (Sr. O, L25); (Sr. N, L29)
		Preocupação com a situação actual de doença	(Sr. C, L26); (Sr. X, L29); (Sr. V, L42); (Sr. U, L24); (Sr. M, L26); (Sr. F, L38); (Sr. O, L25); (Sr. K, 23)
		Preocupação com a família	(Sr. A, L30)

Tabela 14 - Análise de Conteúdo das entrevistas aos idosos - Preocupações dos idosos

A análise de conteúdo às entrevistas realizadas aos idosos internados foi possível compreender um pouco melhor estas preocupações que os idosos apresentam, as quais não são unicamente relacionadas com aspectos da saúde. Verificamos assim que, em termos de antecedentes pessoais que preocupam os doentes e que são anteriores ao internamento foi perceptível que a preocupação com aspecto relacionado com a saúde se constitui como um dos aspectos mais prevalentes. A este nível, do ponto de vista dos doente estas preocupações são de certo modo sensíveis à sua condição de saúde, sendo as patologias e/ou condições crónicas aquelas que mais se evidenciam. Questões como a diabetes, patologias cardíacas, metabólicas e de outros foros constituem preocupações para os idosos.

“Olhe, preocupa-me a tensão alta” (Sr. O, L25)

“Olhe é o coração que está fraco e a falta de ar, se não fosse isso era uma maravilha” (Sr. N, L29)

“É os diabetes, é o colesterol alto, mais fora disso felizmente, mais nada” (Sr. A, L 39)

“Os meus problemas de saúde tem sido este da próstata, de urinar, é a dor no corpo, o reumático” (Sr. D, L26)

“Sim são os diabetes, a bronquite, acho que um dos rins não está a 100% e alguns problemas de coração, entupido” (Sr. Y, L 37)

Ainda dentro da condição de saúde, os idosos manifestam igualmente preocupação com situações pontuais de agudização, nomeadamente em termos de recuperação das mesmas. Trata-se de situações agudas ocorridas antes do internamento e que não têm uma aparente relação directa com o motivo de internamento.

“Olhe, quer dizer, não tenho assim grandes problemas, o que me preocupa mais é aqui esta perna esquerda, que tive aqui à uns meses um problemazinho que me fez ir à cama” (Sr. L, L, 25)

“Não tenho este peito, já tirei vai para uns 10 ou 12 anos, mas não era canceroso felizmente” (Sr. M, L30)

De notar igualmente que alguns dos doente evidenciaram que a suas preocupações além das situações agudas e crónicas anteriores ao internamento são igualmente as complicações futuras que essas mesmas situações podem acarretar.

“E então o que me preocupa mais que me possa acontecer é o cancro ou um AVC, é o que me está mais a preocupar (...) o que mais me preocupa é que tenha de repente um AVC ou que tenha cancro, pronto, pois só isso.” (Sr. T, L 16)

Ainda em termos de preocupações dos doentes anteriores ao internamento, quando questionados sobre os seus principais problemas de saúde e que realmente preocupam os idosos internados, muitas das respostas não foram dirigidas para situações anteriores relacionadas com a sua saúde, mas sim, para a situação actual relacionada com o acontecimento agudo que motivou o internamento. Verificou-se igualmente num caso pontual a preocupação manifestada pelo idoso com terceiros. Neste último caso, a preocupação era direccionada para o familiar, para as suas necessidades visto ser o cuidador informal primário e o facto de se terem afastado devido à necessidade do internamento.

“O que me preocupa é como lhe estava a dizer estar ao pé do meu irmão e poder olhar por ele e ver como ele está, ele é um homem doente, é epiléptico” (Sr. A, L30)

A situação actual de doença que motivou o internamento, acaba por surgir como uma preocupação para muitos dos idosos entrevistados. Em determinadas situações o acontecimento agudo, a incerteza em relação ao mesmo e ao prognóstico constitui-se como a principal preocupação, sendo que questões anteriores ao internamento são colocadas de lado.

“Eu agora o meu problema de saúde é este porque eu até andava bem, eu até nem sentia nada” (Sr. C, L26)

“olha, o que me preocupa é os meus pulmões, sabe, eu sou-lhe muito franca, eu nunca tinha estado internada em toda a minha vida, às vezes lá uma gripe que se curava, as dores de garganta, mas umas coisinhas sem importância e pronto, tirando isso. Agora os meus pulmões é que eu estou com medo (...) é que uma pneumonia trata-se, tenho medo que seja cancro, tenho muito medo que seja cancro” (Sr. X, L29)

“Até agora não me preocupava nada, mas agora descobriu-se agora que tenho diabetes (...) preocupa-me a pneumonia de agora e preocupa-me o cateterismo que tenho de fazer” (Sr. F, L38)

“O que me preocupa é o problema da pele e se fico bom ou não” (Sr. K, L23)

Em síntese, verificamos até agora que os idosos internados apresentam preocupações anteriores ao internamento, as quais se prendem com situações relativa à sua condição de saúde e doença, à situação actual de doente que motiva o internamento e questões familiares.

Ainda em termos de preocupações dos idosos foi possível recorrer à análise feita à terceira fonte de informação, os registos do processo do idoso, de modo a enriquecer o conteúdo deste tema que abordamos de momento. Assim, através dos registos de enfermagem do idoso, mais concretamente à folha de avaliação inicial, verificamos que nas mesmas são feitas referências a antecedentes pessoais dos idosos, os quais são na sua exclusividade relativos a situações patológicas. Verificou-se igualmente que em duas avaliações iniciais se encontra mencionado algumas preocupações por parte dos idosos, as quais se referem em ambos os casos a situações de obstipação que terão tido uma instalação prévia ao internamento. Além destes dois casos que representam 8% (N=2) da amostra não se verifica em qualquer outro registo de enfermagem referências a preocupações dos idosos relacionadas com a sua de saúde ou outra.

Ao analisarmos as preocupações dos idosos foi perceptível que uma grande parte dos idosos (76%) apresenta preocupações. Tal como se verificou essas preocupações são relacionadas com a condição de saúde do idoso, com a situação actual de internamento e com a família. De destacar que estas preocupações é algo não contemplado pelos profissionais, uma vez que, em apenas duas situações, as preocupações do idoso se encontram reflectidas nos registos de enfermagem. De destacar que as preocupações que mais emergem são relacionadas com a condição de saúde, nomeadamente situações patológicas e aspectos relacionados com os cuidados. Deste modo, valorizar estas preocupações dos idosos e se necessário incluí-las no processo de preparação da

alta poderá constituir-se como relevante para melhorar a capacidade dos idosos para manter e gerir a sua condição de saúde.

Tal como foi possível verificar, um dos idosos manifestava preocupação com o familiar de quem cuida e de quem se separou devido à necessidade de internamento. Esta preocupação leva este idoso a estar concentrado neste aspecto, podendo constituir-se como um factor que poderá prejudicar a sua disponibilidade ou interesse para a preparação da alta, pois, este mesmo idoso quando mais adiante é questionado sobre se existe alguma coisa que o preocupa em relação à alta referência novamente que a única coisa que o preocupa é voltar a casa e poder cuidar do irmão. Este aspecto desperta a nossa atenção para o facto de existirem um conjunto de factores inerentes à vida pessoal de cada idoso que se pode constituir como factor que dificulte a preparação da alta.

5.1.2.2. Auto cuidados em saúde

Ainda no que toca à condição de saúde dos idosos procurámos saber se estes apresentavam algum tipo de cuidados com a saúde no sentido de manter ou melhorar a sua condição de saúde. Era nossa intenção saber o ponto de vista do idoso relativamente a este aspecto e para tal recorreu-se às entrevistas com os idosos como principal fonte de informação. Ao termos em conta o planeamento da alta como um processo de fornecimento de conhecimentos e capacidades importa ver até que ponto este pode constituir-se como um complemento e/ou enriquecimento dos cuidados já tidos pelos idosos, daí surgir a importância de se identificar estes cuidados.

Relativamente aos cuidados com a saúde antes do episódio de internamento podemos verificar através da análise estatística baseada nas entrevistas aos idosos que 56% (N=14) dos idosos referem apresentar cuidados com a saúde.

Tabela 15 - Resultados - Cuidados com a saúde segundo o idoso – análise estatística descritiva das entrevistas

Auto cuidados em saúde	n	%
SIM	14	56
NÃO	11	44
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Ainda em relação aos cuidados que os idosos apresentam com a sua saúde, e tendo por base a fonte de informação referente às entrevistas aos idosos foi possível identificar através da análise de conteúdo em que consistem os cuidados com a saúde tidos pelos idosos, os quais descrevemos abaixo.

Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos – Auto cuidados com a saúde por parte do doente idoso

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de registo
Condição de saúde	Cuidados com a saúde	Medidas farmacológicas	(Sr. A, L39); (Sr. Y, L41); (Sr. I, L25); (Sr. O, L32); (Sr. K, L29)
		Cuidados com alimentação	(Sr. B, L34); (Sr. C, L35); (Sr. E, L41); (Sr. Y, L49); (Sr. T, L28); (Sr. V, L50); (Sr. M, L39); (Sr. P, L33); (Sr. G, L32); (Sr. N, L37); (Sr. K, L25)
		Tratamentos	(Sr. C, L37); (Sr. E, L35); (Sr. T, L59); (Sr. G, L33)
		Estilos de vida	(Sr. T, L35); (Sr. U, L42); (Sr. G, L28)
		Parâmetros vitais	(Sr. E, L43); (Sr. M, L35); (Sr. K, L29)
		Exercício físico	(Sr. L, L24); (Sr. V, L25); (Sr. L18); (Sr. F, L47)
		Impossibilidade de ter mais cuidados	(Sr. Z, L42)

Tabela 16 - Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - Cuidados com a saúde por parte do idoso

De destacar que quando se pediu aos idosos para descreverem os cuidados que apresentavam com a sua saúde, muitos deles apresentam respostas vagas e pouco objectivas. Neste aspecto consideramos que colhemos os frutos de se ter optado por uma avaliação subjectiva com questões demasiado abertas, no entanto era nossa intenção ter em conta o real ponto de vista do idoso.

Tendo por base as entrevistas ao idoso pode-se verificar que das respostas dos mesmos emergiram duas grandes subcategorias no que toca aos cuidados com a saúde anteriores ao

internamento. Em primeiro lugar as medidas farmacológicas e em segundo lugar as medidas não farmacológicas. Relativamente ao primeiro grupo, verifica-se que os doentes se referem ao cumprimento do seu regime medicamentoso apenas como a única medida de cuidado para com a sua saúde. Este é o único cuidado que os idosos entrevistados apresentam com a sua saúde. Por um lado foi possível identificar mas com menor expressão situações em que as medidas farmacológicas são complementadas com outro tipo de medidas.

“À sim, olhe os medicamentos também não lhe sei dizer todos” (Sr. A, L39)

“Não, tomava a medicação” (Sr. Y, L41)

“Uns comprimidos só, só isso, mais nada pois então” (Sr. I, L25)

“Mais nada além dos medicamentos, abuso um bocado no sal e nos comeres, mas tenho de controlar mais isso.” (Sr. O, L32)

Relativamente às restantes medidas não farmacológicas, foram identificados vários grupos. Os cuidados com a alimentação são as medidas que mais são referidas pelos idosos entrevistados. A este nível é feita referência a alimentos e/ou grupos de alimentos que são evitados e por outro lado os alimentos que constituem a base da alimentação, bem como a confecção dos mesmos.

“Tinha cuidado com a alimentação, isso era o principal, não comia muitas gorduras, fritos, nisso eu tinha muito cuidado” (Sr. B, L34)

“Sim, só como pão torrado, bebo o meu galão, à noite só como fruta e sopa, e antes de me deitar bebo um copo de leite e um iogurte é isso que eu faço” (Sr. E, L41)

“Não cometia excessos, comida, sei que à coisas que não posso tocar e não lhe toco, martinis, moscatel, doces, pronto em vez de beber um, dois, três. Mas bebo o meu copinho de vinho ao almoço, às refeições só e ao jantar e pronto é esse o meu vicio” (Sr. Y, L41)

“Sim sim (...) fazer uma alimentação, pronto ..., para diabetes (...) exercício, andar e mais nada” (Sr. P, L33)

Alguns tratamentos realizados pelos doentes são igualmente referidos como cuidados que os doentes têm com a sua saúde. Alguns desses tratamentos estão directamente relacionados com a condição de saúde da pessoa, sendo a mesma parte integrante de um tratamento ou medida para controlo e manutenção da saúde. De destacar igualmente, a referência por parte de um dos doentes entrevistado ao tratamento a nível dentário, no sentido de prevenir complicações futuras.

“Agora ando também a tratar os dentes porque tenho a boca toda rebentada,” (Sr. C, L37)

Nunca falho à medicação nem à ventilação e ao oxigénio. De vez em quando fico mais com a expectoração e às vezes faço uma infusão de eucaliptos ou de “viete”. As vezes resulta” (Sr. G, L23)

Os estilos de vida são igualmente referenciados pelos doentes nos quais se inclui no caso concreto dos idosos entrevistados sobretudo, o consumo de bebidas alcoólicas e o consumo de tabaco. A este nível as medidas e cuidados enunciadas pelos doentes vão no sentido da evicção deste tipo de comportamentos.

“não á bebidas alcoólicas , eu não bebo bebidas alcoólicas , nada, absolutamente nada, água, só água, nem sumos , ainda agora deixei ir o sumo” (Sr. T, L35)

“Acabou-se o tabaco, nunca mais cá entrou “ (Sr. U, L42)

“hum, é basicamente o geral, não fumar, não bebo, não apanho frio nem calor. (Sr. G, L28)

O exercício físico surge ainda como um dos cuidados que os doentes apresentam com a sua saúde.

“Faço algum exercício, mas em casa” (Sr. L, L34)

“há isso, faço todos os dias, para não lhe estar a mentir faço para ai uns dois quilómetros todos os dias, sempre a andar” (Sr. V, L38)

“sim sim (...) fazer uma alimentação, pronto ..., para diabetes (...) exercício, andar e mais nada” (Sr. P, L30)

Por fim relativamente às medidas não farmacológicas, é ainda feita referência pelos idosos aos cuidados com o controlo de determinados parâmetros vitais, os quais surgem devido aos seus antecedentes pessoais. A este nível, a glicemia capilar e a tensão arterial são os parâmetros referenciados pelos doentes.

“Eu – e costuma controlar, avalia a glicemia. Sr. P – sim, em casa costumam andar um pouco mais altos” (Sr. E, L43)

“Eu tenho uma máquina que tiro os diabetes, mas às vezes até me aborrece porque está sempre bom, tensão vejo às vezes.” (Sr. M, L35)

“E costumo avaliar a tensão e controlar os diabetes.” (Sr. K, L39)

“Pico-me todos os dias diariamente e de manhã não passo dos 100” (Sr. T, L59)

Em relação aos cuidados com a saúde tidos pelos doentes antes do internamento, verificou-se que um dos idosos refere que não tem mais cuidados com a sua saúde por questões de impossibilidade que neste caso concreto se prende com a organização familiar.

“Olhe realmente eu até gostava de ter tido mais cuidados sobretudo exercício, mas sabe a minha filha precisou muito de mim e também não tinha muita possibilidade de horários e agora ultimamente também já não me sentia bem para isso” (Sr. Z, L42)

À semelhança do que já se verificou no decorrer da apresentação e discussão dos resultados, o recurso à análise dos registos do processo do idoso veio uma vez mais permitir enriquecer os resultados relativos a este tema. Em termos de registos de enfermagem, a folha de avaliação inicial de enfermagem possibilita o registo de vários tipos de cuidados que o idoso apresenta antes do internamento. Em termos de cuidados anteriores ao internamento verifica-se que os cuidados com a alimentação, nomeadamente o regime alimentar seguido pelo idoso é o aspecto mais referenciado com maior expressão em 60% (N=15) das avaliações iniciais dos idosos. Verificou-se igualmente referência a medidas adaptativas usadas pelo idoso a nível dos auto-cuidados. De destacar que a quase totalidade das avaliações iniciais fazem referência ao facto de o doente não apresentar cuidados relativos a vários domínios, sobretudo em termos de auto-cuidados.

5.1.2.3 Conhecimentos sobre saúde

No que concerne à percepção dos conhecimentos sobre saúde dos idosos, verifica-se através da análise estatística baseada nas entrevistas aos idosos que 48% (N=12) dos mesmos referem possuir os conhecimentos necessários sobre saúde e sobre os cuidados com a mesma.

Tabela 17 - Resultados - Conhecimentos sobre saúde do idoso – análise estatística descritiva às entrevistas dos idosos

Percepção sobre conhecimentos em saúde	n	%
SIM	12	48
NÃO	13	52
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Se atendermos à análise de conteúdo realizada às entrevistas dos idosos, foi possível ter noção do que são os conhecimentos em saúde que os idosos referem possuir.

Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - conhecimentos em saúde do doente

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Sub sub subcategoria	Unidades de registo
Condição de saúde	Conhecimentos sobre saúde	Bem informado		(Sr. E, L46); (Sr. Y, L57); (Sr. L, L 48); (Sr. G, L 39)
		Mal informado		(Sr. C, L46); (Sr. D, L50); (Sr. T, L88); (Sr. J, L37); (Sr. N, L44); (Sr. V, L43)
		Procura de informação	Não procura	(Sr. E, L54); (Sr. J, L37)
			Procura	(Sr. L, L 51)
			Não recebeu	(Sr. D, L53)
			Recebeu	Sr. E, L, 54)
			Não procura e não recebeu	(Sr. C, L47); (Sr. N, L45)
		Fontes de informação	Médico assistente	(Sr. E, L, 54); (Sr. L, L 51); (Sr. K, L35)
			Meios de comunicação social	(Sr. X, L49); (Sr. K, L35)
			Unidades de cuidados de saúde	(Sr. G, L45)
		Tem conhecimentos mas não aplica		(Sr. O, L46)

Tabela 18 - Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - Conhecimentos sobre saúde do idoso

As entrevistas aos idosos possibilitaram a caracterização da percepção dos conhecimentos em saúde. Quando questionados sobre os conhecimentos que os idosos detêm sobre a saúde, nomeadamente se estão ou não suficientemente bem informados, verificamos respostas

afirmativas e negativas. Tanto nas respostas afirmativas como negativas, verificámos a existência de respostas vagas, um simples e objectivo sim ou não.

Nos doentes que consideram que têm conhecimentos suficientes para cuidar da sua saúde, verificámos duas respostas que sugerem por um lado os contributos da experiência de vida de gerir uma condição de doença e, por outro lado uma resposta que sugere a importância da responsabilização de cada um pela sua saúde, e neste caso concreto em deter mais conhecimentos sobre a mesma.

“Estou [bem informado], só não fazemos mais porque não queremos, não é verdade” (Sr. Y, L57)

“E acha que tem conhecimentos suficientes ou está suficientemente bem informada para cuidar da sua saúde? A – Acho (Sr. L, L 48)

“Acho que sim, à cerca de 16 anos que ando nesta vida, de maneira que tenho sido bem assistido e com regularidade” (Sr. G, L 39)

Relativamente aos idosos que referem não possuir informações suficientes sobre saúde, verificámos que para além daqueles que declaram efectivamente não possuírem conhecimentos suficientes, verificamos situações de doentes que expressam claramente o seu desinteresse em se informarem.

“Se calhar devia estar um bocadinho mais bem informada” (Sr. C, L46)

“Eu cá, suficientes se calhar não tenho” (Sr. D, L50)

“Não , não (...) não sei, devia ter mais informação, não sei de que parte” (Sr. T, L88)

“Não, nunca tive, nem interesse para me informar” (Sr. J, L37)

Relativamente à procura dessa informação, tanto para idosos que manifestam possuir informações suficientes, como para aqueles que referem o contrário, verificou-se uma grande variedade de respostas em termos da procura dessa informação, as quais em determinadas situações se complementam. Verificou-se situações de doentes que procuram informação, doentes que sobretudo receberam essa informação, doentes que não procuram, doentes que manifestam que não têm sido informados e por outro lado doentes que referem que não procuram informação e não a receberam.

“Quer dizer, procurar não” (Sr. E, L54)

“Não, nunca tive, nem interesse para me informar” (Sr. J, L37)

“É certas coisas que se calhar não informam a gente e depois acabamos por não saber” (Sr. D, L53)

“Mas não está bem informada porque não tem procurado informação ou não lhe a têm dado? Sr. A – olha para dizer a verdade, as duas coisas” (Sr. C, L47)

“Eu - Mas porque não procura se informar ou não o informam? Sr. X - As duas coisas” (Sr. N, L45)

Através da análise que realizamos aos registos do processo de internamento, nomeadamente o processo de enfermagem, verificámos que os registos de enfermagem parecem camuflar de certo modo o processo de avaliação de conhecimentos dos idosos no que toca ao seu registo, uma vez que apenas são registados deficits de conhecimentos e capacidades identificados nos idosos. Queremos com isto dizer que, o sistema de registo, sobretudo em termos de processo de enfermagem só permite o registo nos diagnósticos de enfermagem de deficits de conhecimentos detectados nos idosos, como tal se for realizada uma avaliação dos conhecimentos do idoso e este demonstrar que os possui, este processo não é evidenciado em termos de registo de enfermagem.

5.1.2.4. Percepção sobre o controlo da saúde

Relativamente ao controlo que os participantes têm sobre a sua saúde, verifica-se através da análise estatística descritiva que 68% (N=17) dos participantes referem ter um bom controlo sobre a sua saúde.

Tabela 19 - Resultados - Controlo sobre a saúde por parte do idoso – análise estatística descritiva às entrevistas dos idosos

Percepção do controlo sobre a saúde pelos idosos	n	%
SIM	17	68
NÃO	8	32
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

No que toca à percepção dos idosos do seu controlo sobre a saúde, a análise de conteúdo permitiu-nos identificar alguns aspectos que melhoram a caracterização desta percepção que os idosos têm sobre a sua saúde e os cuidados com os mesmos.

Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - controlo sobre a saúde por parte do doente

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Sub sub subcategoria	Unidades de registo
Condição de saúde	Controlo sobre a saúde	Bom controlo		(Sr. A, L51); (Sr. B, L42); (Sr. E, L37); (Sr. L, L46); (Sr. T, L49); (Sr. K, L32)
		Não controla bem	Esquecimento	(Sr. C, L42)
			Podia controlar melhor	(Sr. Y, L20); (Sr. V, L57); (Sr. J, L30); (Sr. J, L34); (Sr. O, L39); (Sr. N, L31)
		Dificuldades no controlo da saúde		(Sr. X, L55); (Sr. G, L35)
		Vai controlar melhor		(Sr. F, L57)

Tabela 20 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Controlo sobre a saúde pelo idoso

Relativamente ao controlo da condição de saúde por parte dos doentes foram identificados através da análise de conteúdo vários aspectos que merecem a nossa análise. Por um lado encontrámos os doentes que referem controlar bem a sua saúde, aspecto que segundo os mesmos advém da ausência até à data do internamento de alterações significativas na sua saúde. O controlo sobre a saúde é visto como uma ausência de doença.

“Eu acho que sim, na minha opinião acho que sim que controlo bem” (Sr. A, L51)

“Acha que controla bem a sua saúde ou não? A – Acho que sim. Eu – e porquê? A – porque não tenho tido assim grandes problemas.” (Sr. L, L46)

“Acho que sim, acho que tenho controlado bem a minha saúde, tenho feito o que me dizem, nunca me surgiu nada de saúde até isto da pele” (Sr. K, L32)

No que diz respeito aos doentes que referem que não controlam bem a sua saúde, verifica-se que as principais razões se prendem com o esquecimento.

“é, porque às vezes a minha filha até ralha quando eu me esqueço do comprimido ou o tomo tarde ou quando fico mais tempo em jejum [por ser diabética], mas de resto mais nada” (Sr. C, L42)

Ainda relativamente ao controlo sobre a saúde por parte dos doentes entrevistados, verificou-se que muitos referem que não controlam bem a sua saúde mas, têm consciência de que poderiam ter comportamentos que permitissem um melhor controlo sobre a saúde.

“Pelo contrário, abusei um pouco da saúde, comia muita coisa gorda, muitas patuscadas com os outros que são amigos, bebia um bocadinho mas nada de não conseguir chegar a casa. Ao médico, só quando tive aqueles problemas que falei e mais nada, não havia tensão, colesterol e outras coisas” (Sr. J, L30)

“Penso que não, porque não tinha cuidados e aconteceu o que aconteceu” (Sr. J, L34)

“Nem por isso, a tensão devia ver e não vejo, controlar o colesterol não controlo, é assim” (Sr. N, L31)

Ainda nos doentes que consideram que não controlam bem a saúde, verificou-se uma situação em que o episódio de agudização ou internamento actual se constitui como o ponto de partida para um melhor controlo sobre a saúde.

“até agora não, mas a partir de agora vou ter de começar a controlar melhor” (Sr. F, L51)

Curiosamente verificou-se que dois dos doentes entrevistados consideram que controlar a sua saúde é algo difícil. Segundo os mesmos poderão de facto ser tidos em conta alguns comportamentos, mas a saúde é algo difícil de controlar.

“olha eu acho que agente não pode dizer que controla bem a saúde, o nosso controlo é não comermos coisas que nos façam mal e coisas assim, não é? Para controlarmos melhor a saúde é ir logo ao médico, é a única coisa que se controla, que é que se controla a saúde. Não sei acho eu, porque a gente pode controlar eu não digo que não se possa controlar, mas é mais na alimentação e em irmos ao médico para sermos vigiados e eu nesse aspecto tenho-me desleixado um bocado, porque quando vou ao médico é porque estou mesmo em baixo e aquilo agora na Quinta do Conde está mau de médicos e eu acho que é o único controlo que nós podemos fazer, se tiver de aparecer ela aparece na mesma.” (Sr. X, L55)

Os cuidados com a saúde, os conhecimentos sobre saúde e o controlo de saúde são aspectos que representam a opinião dos idosos, pelo que representam uma avaliação subjectiva dos mesmos.

No entanto partilhamos da opinião de que saber o ponto de vista do idoso sobre que cuidados tem, que conhecimentos tem e como controla a sua saúde é fundamental para qualquer abordagem em termos de planeamento e realização de qualquer preparação da alta.

Verificamos assim que segundo a opinião dos idosos internados, 68% dos idosos considera que controla bem a sua saúde, no entanto uma percentagem inferior de 56% refere possuir cuidados com a saúde e ainda mais inferior em 48% referem possuir conhecimentos suficientes para cuidar da saúde. Verifica-se efectivamente que se tratam de valores discrepantes dada a possível correlação que pode existir entre estes aspectos, uma vez que os conhecimentos em saúde serão importantes para os cuidados a ter com a saúde e por sua vez os cuidados com a saúde serão igualmente importantes para um controlo da saúde. Uma explicação para esta discrepância poderá estar no facto de que para muitos dos idosos um bom controlo da saúde estar relacionada com a ausência de doença e não necessariamente com os cuidados tidos com a mesma.

5.1.3 Análise do acontecimento agudo que motivou o internamento

Nesta fase pretende-se aprofundar um pouco mais a situação ou condição que motivou o internamento do idoso. Para tal é apresentada informação proveniente da análise estatística descritiva aos registos do processo de internamento e por outro lado os resultados da análise de conteúdo às entrevistas aos idosos, no que toca ao conhecimento do motivo de internamento.

Em relação à análise do acontecimento agudo podemos verificar que em termos de diagnóstico clínico prevalecem as pneumonias com 28% (N=7) seguido dos Acidentes Vasculares Cerebrais com 16% (N=4).

Tabela 21 - Resultados - Diagnósticos clínicos dos idosos – análise estatística descritiva dos registos do processo de internamento.

Diagnóstico clínico	n	%
AVC	4	16
BRONQUITE	2	8
PNEUMONIA	7	28
TEP	1	4
ABCESSO PULMONAR	1	4
IC	1	4
ARRITMIA	1	4
TROMBOCITOPENIA	1	4

INTOXICAÇÃO MEDICAMENTOSA	1	4
PANCREATITE	1	4
PENFIGO	1	4
ÚLCERA DE PERNA	2	8
ERISPELA	2	8
TOTAL	25	100%

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

A Pneumonia com 28% e os AVCs com 16% foram os diagnósticos clínicos mais prevalentes. Estas duas patologias encontram-se dentro das mais prevalentes em relação à caracterização do contexto realizada. Os diagnósticos médicos e de enfermagem são aspectos que apresentam grande importância uma vez que em termos de preparação da alta muitos factores concorrem entre si fazendo com que a mesma se constituía como única e personalizada para cada idoso.

Em termos de tempo de internamento verificou-se uma média de internamento de 20,96 dias. O tempo de internamento mais frequente situa-se nos 10 dias de internamento. Realçar que se verificaram em quatro participantes internamentos iguais ou superiores a 50 dias. O tempo médio de internamento de 20,26 dias é largamente superior ou registado na caracterização do contexto que se situa nos 10,26 dias. O tempo médio de internamento é um aspecto que nos parece fazer todo o sentido quando se aborda a preparação da alta, uma vez que o mesmo pode constituir-se como um facto influente para esta preparação. A este nível e face à conjectura actual em que se pretende que o tempo médio de internamento seja o mais baixo possível pode levar a uma reflexão da preparação em termos de gestão do tempo para a mesma, realçando aqui a importância de ter início o mais precocemente possível. Este é um aspecto referido por Bull e Roberts (2001) que face à redução do tempo de internamento referem que em termos de preparação da alta os serviços da comunidade serão fundamentais no apoio após a alta.

Os diagnósticos de enfermagem são outro dos aspectos a ter em conta em termos da caracterização da condição de saúde dos idosos. Nesta fase era do nosso interesse perceber quais os reais problemas a nível de enfermagem presentes no momento da alta. Tal como era de esperar verificou-se a presença de uma grande variedade de diagnósticos de enfermagem, dependendo da situação de doença e pessoal de cada idoso. De destacar que no momento da alta nos processos de enfermagem dos idosos prevalecem o risco de obstipação, alterações no metabolismo energético, pele seca e a dispneia funcional.

Tabela 22 - Resultados - Diagnósticos de enfermagem dos idosos – análise estatística descritiva aos registos de enfermagem do idoso.

Diagnóstico de Enfermagem	n	%
Ansiedade	1	1
Comunicação alterada	1	1
Risco de alteração de consciência	1	1
Dor	5	5
Metabolismo energético	10	10
Risco de desidratação	2	2
Dispneia funcional	10	10
Expectorar ineficaz	5	5
Risco de perda sanguínea	3	3
Risco de hipertensão	3	3
Auto-cuidados em grau reduzido	6	6
Auto-cuidado em grau moderado	5	5
Parésia	4	4
Risco de Anquilose	1	1
Risco de queda	3	3
Pele seca	9	9
Risco de Maceração	3	3
Ferida	4	4
Risco de Úlcera de Pressão	5	5
Eritema	2	2
Edemas	4	4
Risco de Infecção	1	1
Risco de obstipação	11	11
Risco de Retenção urinária	2	2
Total	101	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Foram identificados no momento da alta através dos diagnósticos de enfermagem que muitos dos idosos que iriam ter alta apresentavam ainda diagnósticos activos. Pode colocar-se neste ponto a questão de se constituírem como necessidades que não foram ainda colmatadas nos idosos e como tal que continuidade dar a cada situação? Alguns dos diagnósticos são englobados em alguns elementos da preparação da alta como sejam a realização de intervenções do tipo

informar e cartas de transferência, no entanto para a maioria dos diagnósticos de enfermagem activos no momento da alta não existe uma resposta e/ou continuidade para os cuidados.

Voltando ao diagnóstico médico e o motivo de internamento verificou-se que 32% (N= 8) dos idosos referem não ter conhecimento sobre o motivo do internamento, aquilo que realmente aconteceu e motivou o internamento. Este foi um dado proveniente da análise estatística descritiva às entrevistas aos idosos.

Tabela 23 - Resultados - Conhecimento sobre o motivo de internamento pela amostra.

Conhecimento sobre o motivo de internamento	n	%
SIM	17	68
NÃO	8	32
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

O conhecimento do motivo de internamento pelo idoso é um aspecto que consideramos de importante relevância para a temática em estudo. Este resultado em termos de desconhecimento do motivo de internamento pode ser clarificado através da análise de conteúdo às entrevistas dos idosos e que abaixo apresentamos e comentamos.

Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - motivo de internamento por parte do doente

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de registo
Motivo de internamento	Informação insuficiente	Informação insuficiente	(Sr. T, L 101); (Sr. U, L62); (Sr. G, L49); (Sr. J, L43); (Sr. K, L44)

Tabela 24 - Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - Conhecimento do motivo de internamento.

Relativamente ao conhecimento do motivo de internamento por parte dos participantes verificou-se através das entrevistas que para muitos dos idosos a informação dada foi insuficiente. Muitos dos idosos efectivamente tinham conhecimento do diagnóstico clínico, no entanto para eles essa informação era insuficiente, uma vez que referem que para além do diagnóstico não foram informados de mais nada, nomeadamente as causas que puderam ter levado à ocorrência da patologia. Por outro lado verificou-se situações em que os doentes não tinham sido até ao momento da entrevista informados do diagnóstico, apesar de segundo os mesmos terem uma noção do que poderá ter sido, sendo que, neste caso a experiência de vida e de viver com uma doença crónica se apresenta como a justificação.

“Disseram-me que eu tinha uma pancreatite, de resto não me disseram como é que podia ter acontecido, se podia ter vindo daqui, dali, de uma alimentação, de alguma coisa que eu tivesse mal feito, não isso não me disseram, só me disseram isso mais nada” (Sr. T, L 101)

“Sim, foi um AVC, mas não explicaram porque é que foi, mas eu sei que foi por causa de abusar das coisas.” (Sr. J, L43)

Tal como já referimos, verificamos que 32% dos idosos não foram informados do motivo de internamento ou tal como os idosos referem o que realmente lhes aconteceu e porque aconteceu. Verifica-se actualmente de acordo com os documentos reguladores da profissão de enfermagem a comunicação ao doente do diagnóstico médico é uma competência desta classe profissional. Este é assim um aspecto que merece uma reflexão pois, será importante que o doente tenha conhecimento do seu diagnóstico para que a preparação seja realizada com base em aspectos concretos tanto da parte médica como da equipa de enfermagem. Este é um aspecto que não se coloca relativamente aos diagnósticos de enfermagem.

5.2. MOTIVAÇÃO PARA AQUISIÇÃO DE CONHECIMENTOS PELO IDOSO

A identificação das motivações de conhecimentos dos doentes idosos tendo em vista a alta foi igualmente um dos aspectos identificados através da análise estatística às entrevistas aos idosos. Verifica-se assim que 56% (N=14) dos idosos referem sentir motivação e têm interesse em ser informados e alargar os seus conhecimentos tendo em vista a alta e a sua saúde.

Tabela 25 - Resultados - Motivações para aquisição de conhecimentos – análise estatística descritiva às entrevistas dos idosos.

Motivação para aquisição de conhecimentos pelos idosos	n	%
SIM	14	56
NÃO	11	44
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos;

% Frequência relativa

A análise de conteúdo às entrevistas dos idosos permitiu uma maior clarificação das motivações dos idosos para a aquisição de conhecimentos.

Análise de conteúdo às entrevistas aos idosos - motivações para aquisição de conhecimentos em saúde por parte do doente

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de registo
Informação em saúde	Aquisição de conhecimentos	Dificuldades	(Sr. A, L54); (Sr. N, L44)
		Altura de aprender	(Sr. D, L77); (Sr. E, L58); (Sr. P, L47); (Sr. F, L54); (Sr. G, L42); (Sr. O, L52); (Sr. N, L48); (Sr. K, L42)
		Quer saber	(Sr. A, L78); (Sr. B, L83); (Sr. Y, L59); (Sr. X, L75); (Sr. L, L59); (Sr. M, L80); (Sr. F, L48); (Sr. K, L42); (Sr. Z, L75)
	Informação sobre problemas de saúde e cuidados a ter	Vai ter mais cuidados	(Sr. J, L43)
		Aguarda que o informem	(Sr. O, L61); (Sr. N, L65)

Tabela 26 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Motivações para aquisição de conhecimentos.

Dentro da necessidade de aquisição de conhecimentos actuais por parte dos idosos, verificou-se através das entrevistas a presença de duas grandes temáticas, por um lado a aquisição de novos conhecimentos e por outro o conhecimento dos problemas de saúde e cuidados a ter. No que concerne à aquisição de novos conhecimentos verificou-se apesar de pouco expressiva algumas dificuldades sentidas por parte dos doentes, relacionadas com a idade, e que segundo os mesmos pode constituir-se como uma dificuldade à aquisição de novos conhecimentos.

“ Já é um bocadinho difícil, a idade já é muita, já há certas dificuldades que se sente (...) já é outra idade” (Sr. A, L54)

“Eu - Muito bem. E neste momento acha importante adquirir novos conhecimento para cuidar da sua saúde? Sr X - Com certeza, mas a cabeça já não é tão boa” (Sr. N, L44)

Em sentido oposto ao que acima foi referido e de certo modo com uma maior expressão verificamos que os idosos consideram a fase da vida em que se encontram se apresenta como um importante momento para a aquisição de novos conhecimentos para cuidar da saúde.

“Eu acho que agora ainda é uma altura para a gente aprender, estamos mais velhos” (Sr. D, L57)

“É sempre bom a gente estar bem informado, mas sim” (Sr. E, L58)

“Penso que sim, não se pode parar” (Sr. P, L47)

“Eu - e neste momento continua a querer saber e a informar-se sobre a sua saúde ou não?

Sr. G – sim, isso sim, tem de ser, tenho de tratar de mim” (Sr. G, L42)

“Eu - E nesta fase da sua vida acha importante ter e procurar saber mais para cuidar da sua saúde?

Sr. A - Sim, sim. É importante estar em informado saber o que se tem e o que fazer” (Sr. O, L 52)

“ Sim, sim, continuo a querer saber e quero que me informem” (Sr. K, L42)

Em relação ao conhecimento dos problemas de saúde e cuidados a ter verificou-se que os doentes entrevistados querem efectivamente ser informados dos mesmos.

“Eu gosto sempre de saber” (Sr. A, L78)

“Prefiro que me digam as coisas” (Sr. B, L83)

“Eu acho que é vital para mim” (Sr. Y, L59)

“E a senhora em relação à sua saúde gosta de estar bem informada sobre as coisas ou não? A – sim gosto, prefiro que me digam as coisas” (Sr. L, L59)

“Eu gosto, para a gente estar mais atenta” (Sr. M, L80)

“ Sim, sim, continuo a querer saber e quero que me informem” (Sr. K, L42)

“Acho que sim e eu até preciso, porque veja, sobre os diabetes eu não tenho conhecimentos, quando trabalhei no Egas Moniz agregada ao laboratório, a consulta de endocrinologia era pegada connosco e na altura ouvia muitas coisas dos médicos e dos doentes, tenho algumas luzes mas conhecimentos propriamente ditos não, sei o que é” (Sr. Z, L75)

Este aspecto que emergiu do nosso estudo que reflecte o interesse por parte dos idosos em serem informados vai de encontro aos aspectos referidos por Smith e Liles (2007), que no seu estudo verificaram igualmente que os doentes têm necessidade de informação, sendo que os idosos desejam mais informação comparando com os mais novos. Apesar disso verifica-se que a percentagem de idosos que estão motivados para aquisição de conhecimentos não é relativamente alta, pelo que as baixas habilitações literárias podem ser um dos aspectos que pode

contribuir como explicação. Além disso, o aspecto cultural poderá ter alguma influência, uma vez que vivemos ainda numa cultura em que os indivíduos são actores passivos sobre a sua saúde.

5.3. NECESSIDADES DE CONHECIMENTOS DO IDOSO SEGUNDO OS REGISTOS DO PROCESSO DE INTERNAMENTO

Através da análise dos registos de internamento do idoso, mais concretamente o processo de enfermagem foi possível identificar as necessidades de conhecimentos dos idosos internados. Os registos de enfermagem mostram que apenas foram identificadas necessidades de conhecimentos em 24% (N=6) dos participantes.

Tabela 27 - Resultados - Necessidades de conhecimentos dos idosos – análise estatística descritiva aos registos de enfermagem.

Necessidade de conhecimentos segundo os registos do processo de internamento	n	%
SIM	6	24
NÃO	19	76
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Em relação às necessidades de conhecimentos dos idosos, a análise dos registos de enfermagem mostram que as necessidades de conhecimentos e habilidades são dependentes da situação actual de saúde do idoso. Verifica-se em apenas três doentes os seguintes deficits¹⁰:

- Conhecimentos sobre complicações da ferida cirúrgica.
- Capacidades sobre precauções de segurança da ferida.
- Conhecimentos sobre exercícios músculo – articulares.
- Habilidades sobre exercícios músculo – articulares.

Smith e Liles (2007) procuraram analisar as necessidades de informação antes da alta em doentes que realizaram tratamentos para o enfarte agudo do miocárdio. Nos resultados os autores (2007) referem que os doentes sentem necessidade de informação sobre medicamentos, complicações e actividades físicas. Os autores verificaram que os idosos desejam mais informação comparando com os mais jovens.

¹⁰ Diagnóstico de enfermagem descrito tendo em conta a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de enfermagem)

Importa aqui salientar que as necessidades de um idoso internado podem ser múltiplas, estando dependentes de uma grande variedade de factores, como seja a situação de doente, capacidade para cuidar de si, suporte familiar e outros.

Essas necessidades podem ainda abranger vários domínios, como seja a satisfação de necessidades por terceiros, satisfação de atitudes terapêuticas e outros tipos de tratamentos e por outro lado necessidades no domínios do conhecimento. No que concerne ao domínio dos conhecimentos verificámos que não foram identificados deficits de conhecimentos relativamente a aspectos como regimes medicamentos e/ou gestão do regime terapêutico.

5.4. PREPARAÇÃO PARA A ALTA

Neste espaço é reunido um conjunto de informação relacionado com a preparação da alta ao idoso autónomo internado. Procura-se realizar uma apresentação e discussão dos resultados, bem como uma confrontação entre a informação proveniente das três fontes de informação, as entrevistas aos idosos, os questionários dos enfermeiros e a análise dos registos do processo de internamento dos idosos. Serão apresentados resultados tratados através da análise estatística descritiva, análise de conteúdo às entrevistas dos idosos, análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros e análise dos registos do processo de internamento dos idosos internados.

5.4.1. Preocupações dos doentes tendo em vista a alta

Face à proximidade com a alta torna-se importante perceber quais as preocupações dos doentes face ao regresso a casa. Verificou-se assim através da análise estatística das entrevistas aos idosos que 56% (N= 14) dos idosos manifesta preocupação com os cuidados a ter após a alta.

Tabela 28 - Resultados - Preocupações dos doentes tendo em vista a alta – análise estatística descritiva das entrevistas aos idosos.

Preocupação com os cuidados após a alta	n	%
SIM	14	56
NÃO	11	44
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Estas preocupações manifestadas pelos idosos com a aproximação do regresso a casa, puderam ser aprofundadas através da análise de conteúdo realizada às entrevistas dos idosos, as quais mencionamos abaixo.

Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - preocupações dos doentes tendo em vista a alta

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de registo
Regresso a casa	Preocupações	Cuidados com a saúde	(Sr. A, L83); (Sr. B, L46); (Sr. T, L107); (Sr. M, L68); (Sr. K, L48)
		Recuperação da saúde	(Sr. Z, L22); (Sr. B, L86); (Sr. D, L66); (Sr. J, L47); (Sr. N, L55)
		Outros motivos	(Sr. C, L55); (Sr. X, L 84); (SR. U, L66)
		Dificuldades sócio económicas	(Sr. X, L67)
		Não se sente preparado	(Sr. G, L54)

Tabela 29 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Preocupações dos doentes tendo em vista a alta.

Estas preocupações dos idosos não são apenas relativas à condição de saúde e aos cuidados a ter após a alta. Constatou-se que os cuidados a ter com a saúde após o internamento são uma das principais preocupações, sendo esses cuidados centrados sobretudo no que o idoso pode ou não fazer para manter a saúde.

“Olhe preocupa-me isso mesmo, os cuidados que devo ter e se vou ter capacidades para isso” (Sr. A, L83)

“Eu, preocupa-me, e eu estou preocupada, será que eu tenho de fazer outra dieta, uma para os diabetes e outra para isto já estou preocupada com isso, já estou preocupada mas no bom sentido, se terá de ser eu vou ter de fazê-lo, se com os diabetes faço assim, vou ter de fazer assim e mais de outra maneira” (Sr. T, L107)

“Sim, preocupo-me os cuidados que deve ter, o que posso fazer ou não” (Sr. K, L48)

Surgiu igualmente como preocupação a recuperação do problema de saúde que motivou o internamento. Essa preocupação prende-se não só com a recuperação da saúde no seu geral como com a recuperação de determinadas funcionalidades.

“O que me preocupa realmente é ficar restabelecida, não digo ficar bem, bem, bem, mas que possa fazer a minha vida” (Sr. B, L86)

“É ficar bom deste problema” (Sr. D, L66)

“Olhe preocupa-me que se vou voltar a andar” (Sr. J, L47)

“É o costume. Preocupa-me a doença (coração) dizer que estou bom e ter de voltar. Queria sair daqui sem falta de ar e poder ir trabalhar” (Sr. N, L55)

Ainda relacionado com a saúde, verificou-se preocupações embora com menor expressão por parte dos doentes relacionadas com a continuidade dos cuidados, e o facto de não se sentir ainda preparado e/ou recuperado para regressar a casa.

“Eu em casa estou bem, e os diabetes andam controlados, agora o que me preocupa é o tratamento da ferida, o medicamento que me vão por em casa, porque agora estou-me a dar bem (...) eu não me dou bem com muitos dos tratamentos” (Sr. E, L. 57)

“Olha, ainda não me sinto a 100%, tonturas, dores e ainda me canso. Estou convencido que mais uns dias aqui podia ser melhor” (Sr. G, L54)

Na proximidade da alta surgiu igualmente outras preocupações não relacionadas directamente com a saúde. As questões pessoais a nível sócio familiar, relacionado com o cuidado para com outros elementos familiares surgiu igualmente com alguma expressão.

“O que me vai preocupar é eu não estar bem e depois não poder cuidar da minha neta” (Sr. C, L55)

“Olhe, sim, vai-me preocupar, porque é assim, a minha reforma é como já lhe disse de 200 euros e o que é 200 euros, se eu estivesse sempre ali em casa do meu filho era uma coisa, mas se eu tivesse que sair para ele não ter problemas e eu não quero que ele tenha esses problemas porque para mim isso é pior que as doenças, mas também penso assim vou para onde com uma reforma de 200 euros? O que é que eu faço com 200 euros? Isso preocupa-me” (Sr. X, L 84)

“não o único problema é só o da mulher mais nada, neste momento tenho filhas tenho netos tenho genro e tem-se dado tudo pelo melhor” (SR. U, L66)

Se atendermos que as preocupações dos idosos com o aproximar do regresso a casa têm uma grande expressão no que toca aos cuidados com a saúde e à recuperação da mesma, podemos depreender a importância que a preparação da alta pode ter.

5.4.2. Disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta

Em termos de planeamento da alta podemos verificar através da análise estatística das entrevistas aos idosos que em termos de disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta verifica-se que 32% (N=8) dos idosos sentiram disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta.

Tabela 30 - Resultados - Disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta – análise estatística descritiva às entrevistas aos idosos.

Disponibilidade dos Enfermeiros para preparar a alta	n	%
SIM	8	32%
NÃO	16	64%
NÃO RESPONDEU	1	4%
Total	25	100%

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Se atendermos que o ponto de vista do idoso internado se pode constituir como uma indicação na avaliação dos cuidados prestados e de certo modo significativo o facto de 64% (N=16) dos idosos internados não terem sentido preocupação por parte dos enfermeiros para a preparação da alta. Este aspecto impõe uma avaliação em termos de práticas relacionadas com a preparação da alta no sentido de tornar mais visível este elemento da prestação de cuidados. Verifica-se que este resultado distancia-se de alguns dos resultados encontrados por Gonçalves (2008) no seu estudo ao referir ter ficado demonstrado a satisfação por parte dos idosos em relação aos cuidados prestados pelos enfermeiros. Em sentido oposto encontramos o estudo de Martins (2003) com uma visão menos optimista tal como foi encontrado por nós. A este nível, Martins (2005) verificou que não existe uma intenção explícita de programação da alta e continuidade de cuidados, sendo que cada profissional trabalha de forma independente não existindo interdisciplinaridade. De igual modo, Atwal (2002) verificou que o processo de preparação da alta era em muitas das vezes ignorado ou negligenciado.

Esta pouca disponibilidade para a preparação sentida pelos idosos pode igualmente ser analisada em termos das capacidades dadas a esta classe profissional para a preparação da alta. Queremos com isto referir que podem existir factores que conjugados podem confluir para uma maior disponibilidade dos enfermeiros para a preparação da alta. A este nível podemos referir factores como a diminuição do tempo de internamento e rácio enfermeiro doente que no caso do contexto

em questão é de 6/7 doentes para 1 enfermeiro no turno da manhã e 10 doentes para 1 enfermeiro nos restantes turnos. Trata-se de um rácio que difere do ICN (2006) que no período manhã deve ser de 1 enfermeiro para 4 doentes. Outros factores como níveis de dependências dos doentes e estrutura física podem contribuir para dificultar o desempenho dos profissionais em termos de preparação da alta.

5.4.3. Intervenções de preparação da alta

Relativamente às intervenções de preparação para a alta foi possível reunir informação proveniente das três fontes de informação mencionadas acima. Mais uma vez apresentamos em primeiro lugar os resultados provenientes da análise estatística descritiva e em segundo lugar os dados provenientes das análises de conteúdo aos idosos e enfermeiros e análise dos registos do processo de internamento.

Através a análise estatística verificámos ao longo do internamento no que toca às intervenções de preparação da alta verifica-se que 24% (N=6) dos idosos referem ter recebido da equipa de enfermagem cuidados de preparação da alta. Se atendermos ao ponto de vista do enfermeiro, estes referem que foram prestadas intervenções de preparação da alta igualmente a 24% (N=6) dos participantes. Mais uma vez se verifica que uma parte dos enfermeiros não responderam a esta questão. No que toca aos registos de enfermagem, verifica-se igualmente que 24% (N=6) dos participantes receberam intervenções de preparação da alta.

Tabela 31 – Resultados – Intervenções de preparação para a alta – análise estatística descritiva às entrevistas dos idosos, questionários aos enfermeiros e registos de enfermagem.

Intervenções de preparação da alta	Sim		Não		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Opinião do idoso internado	6	24	19	76	-----	-----	25	100
Opinião do enfermeiro	6	24	8	32	11	44	25	100
Informação dos registos	6	24	19	76	-----	-----	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

Importa desde já mencionar que em relação às intervenções de preparação para alta verificou-se que os mesmos se centram sobretudo na implementação de intervenções do tipo informar.

Ainda em termos de cuidados de preparação da alta destacar dois idosos em que foi feito encaminhamento através de carta de transferência, sendo que as informações contidas na mesma se prendem com a continuidade e/ou realização de procedimentos em ambulatório como seja realização de penso ou realgaliação. Parece-nos que a preparação da alta enquanto continuidade de cuidados ainda parece estar muito associada à necessidade de realização de tratamentos.

A análise de conteúdo às entrevistas dos idosos permitiu uma maior clarificação das intervenções de tipo informar que constituem a principal intervenção de preparação da alta identificada.

Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - intervenções do tipo informar

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de registo
Regresso a casa	Informação dos cuidados	Alimentação	(Sr. Y, L75);(Sr. U, L86)
		Repouso	(Sr. U, L87); (Sr. E, L77)
		Gestão regime terapêutico	(Sr. F, L60); (Sr. G, L68); (Sr. P, L71); (Sr. Q, L55)

Tabela 32 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Intervenções do tipo informar de preparação da alta segundo o idoso.

Verificou-se através das entrevistas aos idosos que alguns foram informados dos cuidados a ter com a saúde quando regressaram a casa. A informação dos cuidados foi variável sendo dependente da condição de saúde e do problema que motivou o internamento do doente.

“Sim, dos cuidados com a alimentação, com o sal, não beber cafés, os excessos, o sal” (Sr. Y, L75)

“Para ter cuidados com as alimentações” (Sr. U, L86)

“Não me estar a esforçar demasiado” (Sr. U, L87)

“– Olhe informaram a respeito da respiração, da ginástica que devo fazer, a utilizar melhor as bombinhas [inaladores]. Foi isso” (Sr. G, L68)

“Olha a enfermeira fez-me ver que tenho de acabar com certas coisas, fez-me ver isso, e falou-me dos diabetes, o que posso comer, o exercício e outras coisas, mas devem dizer mais coisas.” (Sr. F, L60)

Verificámos até aqui o ponto de vista dos idosos em termos da realização de cuidados de preparação da alta e de forma mais pormenorizada em que consistiu esses cuidados de preparação da alta.

Em seguida dentro dos cuidados de preparação para a alta é possível abordar de forma mais descritiva a opinião dos enfermeiros, baseada na análise de conteúdo aos questionários realizados aos enfermeiros. Em primeiro lugar abordamos aspectos relativos aos motivos para não terem sido realizados cuidados de preparação da alta.

Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - motivos para não realização de preparação da alta segundo o enfermeiro

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de Registo
Ausência de preparação de alta hospitalar	Motivo	Doente autónomo nos auto-cuidados	(Sr. P); (Sr. K); (Sr. N); (Sr. U)
		Doente não apresenta novas necessidades	(Sr. L); (Sr. M); (Sr. P)
		Preparação da alta realizada à família	(Sr. Q)
		Inadequada comunicação da alta entre equipas	(Sr. V); (Sr. U)
		Pouco contacto entre enfermeiro e doente	(Sr. V)

Tabela 33 - Análise de Conteúdo aos questionários dos enfermeiros - Cuidados de preparação da alta segundo os enfermeiros.

Em relação aos motivos para a não realização de preparação, aquele que apresenta maior expressão é o facto de o idoso ser autónomo nos auto-cuidados. Esta justificação despertou a

nossa atenção, sobretudo em termos de que sentido tem. Constituir-se-á a ausência de dependência como justificação para a não necessidade de preparação para a alta? Ou por outro lado sendo o idoso autónomo caberá a este procurar algum tipo de cuidado? Será a preparação da alta exclusiva de idosos dependentes? Este é um aspecto para o qual não conseguimos obter uma resposta. Não podemos esquecer que muitos idosos por questões culturais não são pró-activo em termos da aquisição de conhecimentos e capacidades, como tal caberá ao profissional de saúde irão encontro do idoso. Verificámos anteriormente que segundo os enfermeiros *não* foram realizados cuidados de preparação para a alta a 34% dos participantes. Quando questionados sobre os motivos para a não realização de preparação para a alta aos doente, os enfermeiros apresentam alguns motivos. A este nível verificou-se que alguns dos enfermeiros apresentam como justificação para a não realização de preparação da alta o facto de os idosos serem independentes para os seus auto-cuidados, não adiantando de forma mais pormenorizada a relação entre a não existência de dependências para os auto-cuidados ou actividades de vida diária e a não necessidade de preparação da alta.

“A senhora é independente nos auto-cuidados” (Sr. P)

“Não foi necessário realizar preparação da alta porque o doente era autónomo nos auto-cuidados” (Sr. K)

“Doente independente nas AVDs” (Sr. N)

“Doente independente nas AVDs, sem necessidade de medidas de enfermagem no domicílio” (Sr. U)

A inexistência de novas necessidades por parte dos participantes constituiu-se como outro dos motivos que justificam a não realização de preparação da alta. Este aspecto reflecte-se por um lado pela manutenção das mesmas necessidades por parte do doente e, por outro lado pela inexistência de necessidade que justifiquem a preparação da alta.

“A senhora mantém as mesmas dependências” (Sr. L)

“Doente sem alterações nos auto-cuidados em relação ao momento da alta” (Sr. M)

“Doente sem necessidade de alguma preparação” (Sr. P)

Verificou-se igualmente como justificação para a não realização de preparação da alta o facto de as informações relativamente à mesma terem sido já dadas à família.

“A família foi informada antecipadamente da alta pelo que não foi necessária intervenção nesse sentido, apenas foi elaborada a carta de enfermagem que estava em falta e explicadas as informações presentes na mesma” (Sr. Q)

Igualmente como justificação para a não realização de preparação da alta encontramos uma inadequada comunicação e/ou articulação entre equipas disciplinares. Nesta situação os Enfermeiros referem que a decisão da alta dos doentes não foi comunicada com a devida antecedência.

“Talvez não tenha sido feita da melhor maneira uma vez que só fui informada da alta do próprio horas antes de ele sair e pelo próprio doente” (Sr. V)

“Fui informada da alta às 11.00, por engano o médico informou-me da alta do doente errado e depois foi ele que corrigiu o erro e informou esse doente” [informou o doente que iria ter alta] (Sr. U)

Por fim surge como justificação para a não realização de preparação da alta ao doente o pouco contacto entre doente e enfermeiro.

“Não tive contacto suficiente com o doente, apenas dois turnos de noite” (Sr. V)

No que diz respeito ainda aos cuidados de preparação da alta verificou-se que 24% dos enfermeiros referem que foi realizada preparação para a alta aos participantes. Através da análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros foi possível identificar os aspectos abordados na preparação da alta. Os enfermeiros referenciam vários aspectos, os quais se constituem como necessidades dos mesmos tendo em conta o seu regresso a casa.

Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - conteúdos da preparação da alta tendo em conta o ponto de vista do enfermeiro

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de Registo
Alta hospitalar	Conteúdo da preparação da alta	Atitudes terapêuticas	(Sr. D) (Sr. G)
		Regime medicamentoso	(Sr. G); (Sr. Y); (Sr. U)

		Estilos de vida	(Sr. U); (Sr. G); (Sr. Y); (Sr. X)
		Prevenção de complicações	(Sr. X); (Sr. G); (Sr. U)
		Orientação para outros profissionais de saúde	(Sr. T)
		Recurso a outros profissionais	(Sr. T)

Tabela 34 - Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - Conteúdos da preparação da alta segundo os enfermeiros.

Verificamos que a algália e a oxigenioterapia enquanto atitude terapêutica foram os aspectos visados em termos de conteúdos da preparação da alta. Os cuidados a ter com estas atitudes terapêuticas são assim o foco da preparação da alta para este doente.

“Cuidados a ter com a algália/drenagem vesical e o que despistar” (Sr. D).

“Oxigénio no domicílio” (Sr. G)

O regime medicamentoso foi igualmente um dos aspectos abordados, no entanto verifica-se que as respostas dos enfermeiros são vagas relativamente a este aspecto, referindo-se unicamente nos dois primeiros exemplos à manutenção do regime medicamentoso. No último exemplo é realçada a importância de manter o regime medicamentoso.

“Manutenção da medicação” (Sr. G),

“Seguimento da medicação” (Sr. Y),

“Importância de cumprir a medicação” (Sr. U).

Os estilos e hábitos de vida constituem outro dos conteúdos da preparação da alta. A este nível é sobretudo feito referência aos cuidados a adoptar e hábitos e estilos de vida a evitar no sentido de manter a condição de saúde.

“Cuidados com a alimentação e hidratação” (Sr. U)

“Estilos de vida para os evitar” (Sr. G)

“A necessidade do doente seguir uma alimentação adequada visto ser diabético e a necessidade de deixar de fumar” (Sr. Y)

“Foram abordadas questões de estilo de vida saudáveis nomeadamente hábitos tabágicos que o cliente mantinha” (Sr. X)

A prevenção das complicações foi igualmente outro dos aspectos abordados em termos de conteúdo de preparação da alta.

“Abordou-se aspectos relacionados com o carácter crónico da bronquite” (Sr. X)

“Complicações mais frequentes da sua doença crónica” (Sr. G)

“Importância de se proteger das advertências meteorológicas” (Sr. U)

A intervenção em termos de organização familiar após o acontecimento agudo foi o último aspecto referenciado.

“O que a doença alterou na organização familiar e as atitudes que se podem tomar, exemplo: apoio domiciliário, recurso a assistente social” (Sr. T)

Por fim relativamente às intervenções de preparação da alta através da análise dos registos do processo de internamentos dos idosos, mais precisamente o processo de enfermagem foi possível verificar que foram realizadas intervenções do tipo informar em cinco idosos. Essas intervenções abrangeram os domínios do ensino e instrução aos idosos e por outro lado o treino com o idoso¹¹:

- Ensinar sobre complicações da ferida cirúrgica.
- Ensinar sobre precauções de segurança da ferida.
- Informar sobre tratamentos.
- Ensinar sobre inaloterapia através do inalador.
- Ensinar sobre exercícios músculo - articulares activos.

¹¹ Intervenções de enfermagem descritas tendo em conta a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)

- Ensinar sobre precauções de segurança da ferida.
- Instruir sobre exercícios músculo - articulares activos.
- Instruir sobre Ventilação Não Invasiva.
- Treinar inaloterapia através do inalador.
- Treinar sobre exercícios músculo - articulares activos.

Em termos de intervenções de preparação da alta podemos verificar que 24% dos idosos refere ter recebido este tipo de intervenções. Verificou-se a mesma percentagem em relação aos enfermeiros que referem ter realizado intervenções do tipo informar a 24% dos idosos entrevistados. O facto de 44% dos enfermeiros não terem entregue os questionários limita-nos de certo modo a comparação entre as várias fontes de dados, enfermeiros, idosos e registos. No entanto sendo a amostra pequena foi possível identificar caso a caso discrepâncias em termos de pontos de vista relativamente à realização de cuidados de preparação da alta.

Tendo em conta os 14 doentes cujos enfermeiros entregaram os questionários verificamos discrepâncias de pontos de vista em 6 doentes. Essa discrepância corresponde em 2 casos no facto de os doentes referirem ter sido realizado intervenções de preparação da alta e os enfermeiros referem o contrário. Os restantes 4 casos referem-se a enfermeiros que referem ter sido realizada preparação da alta enquanto os doentes referem o contrário. Dos restantes 8 idosos em que os pontos de vista entre enfermeiros e doentes coincidem verificamos 3 casos em que idosos e enfermeiros referem ter sido realizadas intervenções de preparação da alta. Nesses 3 casos verificou-se em 2 deles coincidência entre os temas das intervenções de preparação da alta.

Ainda em relação aos 14 idosos em que os enfermeiros deram o seu ponto de vista através dos questionários confrontamos os pontos de vista dos enfermeiros com o que se encontrava registado em registos de enfermagem. Verificou-se igualmente uma discrepância entre pontos de vista em 8 casos, verificando-se que 6 enfermeiros referem ter realizado intervenções de preparação da alta o que não se reflecte nos registos de enfermagem. Por outro lado verificaram-se 2 casos em que os registos mostram que foi realizada preparação para a alta o que não se reflecte no ponto de vista dos enfermeiros. Nos 6 casos em que se verificou uma concordância em termos de pontos de vista, verificou-se apenas 1 caso em que foi realizada intervenções de preparação para a alta, sendo que, essas intervenções não são coincidentes sob o ponto de vista do enfermeiro e o que se encontra registado.

Ainda em relação às intervenções de preparação da alta comparámos os pontos de vista dos idosos e dos registos de enfermagem, verificamos nos 25 idosos discrepâncias de pontos de vistas em 11 casos. Desses, 6 referem-se a doentes que referem ter recebido intervenções do tipo informar, o que não se reflecte nos registos de enfermagem. Os restantes 5 casos referem-se aos registos que mostram ter sido realizada intervenções de preparação da alta e que são contrariados pelo ponto de vista dos idosos. De destacar que nos 14 casos em que se verifica uma concordância entre pontos de vista dos idosos e registos, em apenas 1 caso essa concordância foi afirmativa, ou seja, foi realizada intervenções de preparação da alta. Nesse caso os conteúdos descritos pelos registos de enfermagem e ponto de vista dos idosos não são coincidentes.

Pelo que foi verificado acima é possível constatar consideráveis discrepâncias em termos dos cuidados de preparação da alta sobre os três pontos de vista, idoso, enfermeiro e registo.

Verificamos idosos que referem ter sido realizada alguma preparação da alta, algo que não se verifica nos pontos de vista dos enfermeiros e registos de enfermagem. Este aspecto pode reflectir uma inadequada organização nos cuidados de preparação da alta, pois esta poderá ser realizada de forma individualizada pelos vários enfermeiros. De igual modo verifica-se que os registos de enfermagem enquanto elemento acessível a todos os elementos da equipa e elemento orientador dos cuidados, não reflectem os cuidados de planeamento e preparação para alta. Além disso, a não inclusão dos cuidados de preparação da alta nos registos de enfermagem representa um cuidado não realizado.

Em sentido oposto verificamos situações em que tanto enfermeiros como registos de enfermagem enunciam que foi realizada preparação da alta, algo que é contrariado pelos idosos. Este aspecto reflecte de certo modo que os cuidados de preparação para alta não estarão a ser eficazes, ou pelo menos não estarão a chegar aos idosos.

Ainda em termos de cuidados de preparação da alta podemos verificar através dos registos de enfermagem a existência de encaminhamento após a alta hospitalar. Esta situação verifica-se em dois dos idosos, sendo efectuado através da elaboração de carta de transferência e tendo como motivo a necessidade de realização de determinado procedimento em ambulatório, nomeadamente a realização de penso e realgiação.

Segundo a literatura, o início da preparação da alta deve ser realizada a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e continuar durante o período de internamento (Huber e McClelland, 2003 citado por Pompeu [et al], 2007; Lin [et al], 2005). Em termos de cuidados de preparação da alta o momento em que a mesma ocorre. Tal como foi possível verificar, as entrevistas aos idosos foram realizadas no dia da alta ou no dia anterior. Nos casos em que não

foi realizada preparação da alta até à entrevista, não é possível garantir que a mesma tenha ocorrido nos momentos que se seguiram a entrevista até à efectiva saída do idoso. Caso se verifique, fica claro que a preparação da alta não está a decorrer a partir do momento em que o idoso é admitido. Este é um aspecto referenciado por Huber e McClelland (2003) citado por Pompeu [et al] (2007) e Lin [et al], (2005) ao referirem que na prática as orientações para a alta são dadas no momento da saída do doente, não sendo desenvolvido durante o período de internamento.

5.4.4. Estratégias de preparação da alta

O planeamento da alta refere-se a todas as estratégias desenvolvidas e entregues ao paciente de acordo com as suas necessidades em termos de cuidados de saúde após a alta (Wang [et al], 2000 citado por Lin [et al], 2005). A este nível, na identificação de estratégias de preparação da alta, verifica-se através da análise estatística às entrevistas dos idosos, que 24% dos participantes identificaram as estratégias de preparação da alta utilizadas. O mesmo se verificou se atendermos aos questionários, aos enfermeiros e nos registos de enfermagem.

Tabela 35 - Resultados - Estratégias de preparação da alta segundo registos de enfermagem – análise estatística descritiva das entrevistas aos idosos, questionários aos enfermeiros e registos de enfermagem.

Estratégias de preparação da alta	Sim		Não		Não respondeu		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Opinião do idoso internado	6	24	19	76	-----	-----	25	100
Opinião do enfermeiro	6	24	8	32	11	44	25	100
Informação dos registos	6	24	19	76	-----	-----	25	100

Legenda: n – Número de casos; % - Frequência relativa

A análise de conteúdo realizada aos questionários dos enfermeiros permitiu uma maior clarificação das estratégias de preparação da alta usadas por estes profissionais.

Análise de conteúdo aos questionários aos enfermeiros - estratégias de preparação da alta tendo em conta o ponto de vista do enfermeiro

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de Registo
Alta hospitalar	Estratégias e recursos	Intervenções do tipo informar	(Sr. D); (Sr. G); (Sr. T); (Sr. U); (Sr. X); (Sr. Y)
		Avaliação dos conhecimentos adquiridos	(Sr. D)
		Recurso a outros profissionais	(Sr. T)

Tabela 36 - Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - Estratégias e recursos usados na preparação segundo enfermeiros.

Através dos questionários realizados aos enfermeiros, em termos de estratégias e recursos usados na preparação da alta, é sobretudo feita referência a intervenções do tipo informar. Neste caso o recurso ao diálogo prevalece.

“Ensino e avaliação das intervenções que o doente assimilou” (Sr. D)

“Através do diálogo com o doente” (Sr. G)

“Transmissão de informações à doente e marido criando espaços para o esclarecimento de dúvidas” (Sr. T)

“A estratégia utilizada não foi específica, tratou-se unicamente de diálogo e aconselhamento verbal” (Sr. U)

“Conversa informal durante a prestação de cuidados” (Sr. X)

“Foi só utilizada a comunicação oral, esclarecendo as dúvidas do doente” (Sr. Y)

Em termos de estratégias de preparação de alta tal como já referenciado as intervenções do tipo informar, o recurso ao diálogo é a estratégia central em termos de preparação da alta tendo em conta o ponto de vista dos idosos e registos de enfermagem.

5.4.5. Aspectos que podem melhorar a preparação da alta segundo o idoso

Por fim em termos de aspectos que podem melhorar a preparação da alta podemos verificar através da análise estatística às entrevistas dos idosos que 56% dos mesmos referem que existem aspectos que podem melhorar na preparação da alta.

Tabela 37 - Resultados - Aspectos que podem melhorar a preparação da alta segundo os idosos.

Aspectos que podem melhorar a preparação da alta segundo os idosos	n	%
SIM	14	56
NÃO	11	44
TOTAL	25	100

Legenda: n – Número de casos;

% - Frequência relativa

Através da análise de conteúdo às entrevistas dos idosos podemos ter uma melhor clarificação dos aspectos que segundo os idosos deve melhorar em termos de preparação da alta.

Análise de conteúdo às entrevistas dos idosos - aspectos que podem melhorar a preparação da alta segundo os idosos

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de registo
Regresso a casa	O que melhorar	Diálogo	(Sr. F, L60) (Sr. B, L107); (Sr. D, L 87); (Sr. V, L106); (Sr. J, L58); (Sr. K, L54)
		Informação escrita	(Sr. F, L61); (Sr. C, L72); (Sr. E, L 81); (Sr. X, L108); (Sr. L, L68); (Sr T, L130); (Sr. V, L108); (Sr. O, L59); (Sr. N, L65); (Sr. K, L56); (Sr. Z, L133)
		Sensibilidade para a problemática	(Sr. Y, L50)
		Articulação com a comunidade	(Sr. Z, L133)

Tabela 38 - Análise de Conteúdo às entrevistas dos idosos - Aspectos que podem melhorar a preparação da alta segundo os idosos.

Através da opinião dos idosos verificou-se que os mesmos sugerem alguns pontos que podem melhorar a preparação da alta. Entre eles encontra-se a informação escrita e a informação através do diálogo, sendo os dois aqueles que se verificam com maior expressão. De notar que a informação escrita apresenta uma maior expressão sob o ponto de vista do idoso. É importante para os idosos terem uma informação em suporte escrito com os cuidados que devem adoptar

quando regressarem a casa. O recurso a esta estratégia de preparação poderá colmatar determinadas dificuldades que se possam colocar, pois e tal como Bull e Roberts (2001) verificaram, as lacunas na comunicação constituem-se como um obstáculo a uma adequada preparação da alta. De destacar igualmente que cada caso é um caso, uma vez que e tal como verificado na amostra existem idosos para quem a escrita se pode constituir como uma dificuldade.

“Que falassem comigo, sobre como fazer as coisas e se eu precisasse deles que me informassem” (Sr. B, L107)

“É claro que se me dessem alguma explicação sobre os cuidados que tenho de ter era bom” (Sr. D, L 87)

“Uma informação escrita era bom, de resto acho que basta bem” (Sr. C, L72)

“Não sei se falarão comigo, mas se for escrito é sempre melhor” (Sr. E, L 81)

“Eu isso, só se for uma coisa escrita, até acho bem, colocar por escrito os cuidados que agente devia ter porque a nossa cabeça já não anda boa e se estiver ali escrito, para quem sabe ler é claro porque à pessoas que não sabem ler, porque se for só de boca a gente esquece-se, mas acho bem que tenham esses cuidados para com os doentes” (Sr. X, L108)

5.4.6. Aspectos que facilitam a preparação da alta segundo os enfermeiros

No sentido de compreendermos alguns dos aspectos que podem facilitar ou dificultar a preparação para a alta em idosos, foi perguntado aos enfermeiros que tiveram um papel interveniente nos cuidados aos idosos entrevistados, os aspectos que na sua opinião facilitam ou dificultam essa preparação da alta. Da análise de conteúdo realizada as entrevistas dos enfermeiros foram assim identificados os aspectos que se seguem.

Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - aspectos que facilitam a preparação da alta sob o ponto de vista do enfermeiro

Categoria	Subcategoria	Sub subcategoria	Unidades de Registo
Alta hospitalar	Aspectos que facilitam a preparação da alta	Experiência de vida	(Sr. D)
		Conhecimento do momento da alta	(Sr. T); (Sr. V); (Sr. G); (Sr. Y)
		Nível de dependência	(Sr. T)
		Envolvimento familiar	(Sr. U)

		Procura de conhecimentos pelo doente	(Sr. T)
		Receptividade à preparação da alta	(Sr. X)
		Idade	(Sr. X)

Tabela 39 - Análise de conteúdo aos questionários dos enfermeiros - Aspectos que facilitam a preparação da alta segundo os enfermeiros.

Em termos de preparação da alta, foram identificados nos **questionários** aos enfermeiros alguns aspectos que facilitam a preparação dos doentes. Verificou-se em primeiro lugar que os contributos e os conhecimentos que advêm de experiências anteriores, sobretudo quando similares com as novas necessidades podem facilitar a preparação da alta. Neste caso concreto verifica-se a situação de um idoso que passou já pela situação de estar algaliado e que neste internamento requer preparação da alta sobre este aspecto.

“O facto de o doente já ter tido algalia anteriormente” (Sr. D)

O conhecimento antecipado da alta constitui-se como um aspecto facilitador da preparação da alta. Este é um aspecto que realça a importância de uma boa organização dentro da equipa e entre equipas multidisciplinares. Este é um aspecto referenciado igualmente por vários autores entre eles Chen et al. (1999), Dai et al. (1998), Li (2001) e Pan (2000), citado por Lin [et al], (2005), ao referirem que o planeamento de alta continua a enfrentar muitos obstáculos, entre eles a insuficiente consolidação das equipas médicas. Por outro lado o trabalho eficaz em equipa multidisciplinar é um aspecto vital para uma adequada preparação da alta a idosos (Bull e Roberts, 2001).

“Alta precoce em relação à previsão” (Sr. T)

“A antecedência da informação da alta do doente deveria ter-me sido dada essa informação mais cedo” (Sr. V)

“Facilitou o conhecimento antecipado da alta” (Sr. G)

“A informação da alta do doente com alguma antecedência facilitou esse processo” (Sr. Y)

A receptividade aos momentos de preparação da alta e a procura antecipada de conhecimentos foram igualmente referenciados como aspectos facilitadores da preparação da alta. Alguns autores em termos de obstáculos referem-se à falta de vontade em participar e cooperar com o planeamento da alta por parte dos pacientes e suas famílias (Chen et al. 1999; Dai et al. 1998; Li, 2001; Pan, 2000, citado por Lin [et al], 2005).

“Procura tardia por parte da família de uma solução adequada a todos, família e doente” (Sr. T)

“Foi a receptividade aos momentos de informação/educação em saúde” (Sr. X)

Apesar de se tratar de uma amostra idosa, foi referenciado como factor facilitador da preparação da alta a idade. O facto de o idoso ser orientado e independente para os auto-cuidados é igualmente facilitador.

“Idade do cliente” (Sr. X)

“O facto de o doente ser orientado e manter a sua independência nos auto-cuidados” (Sr. T)

Por fim verifica-se que o envolvimento familiar se constitui como facilitador para a preparação da alta. Em relação ao envolvimento familiar achávamos inicialmente que o recurso à família e/ou pessoa significativa fosse um aspecto bastante evidenciado como recurso e elemento fundamental da preparação para a alta, tanto do ponto de vista de enfermeiros, mas sobretudo do ponto de vista dos idosos.

“Não facilitou o facto de não ter havido oportunidade de conversar com o familiar convivente” (Sr. U)

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Terminada esta tese de mestrado surge o momento de realizar uma apreciação final de todo o trabalho realizado até aqui, dando especial enfoque aos principais resultados.

Partimos para esta investigação com a intenção de analisar a preparação da alta de enfermagem ao idoso com capacidade de gerir a sua condição de saúde e que se encontre internada num serviço de medicina interna. Trata-se de uma temática que faz todo o sentido na época em que vivemos, uma vez que, nos deparamos com um aumento crescente da esperança de vida. Vivemos mais, o que não é sinónimo de viver com saúde ou ausência de saúde e qualidade de vida. O processo de envelhecimento com as suas alterações fisiológicas associadas torna mais predisponível a pessoa idosa para situações patológicas, que requerem uma gestão para a manutenção da condição de saúde. Deste modo, torna-se cada vez mais importante que o idoso se responsabilize e tenha um papel activo sobre a sua saúde. Para que isso seja possível é necessário que o idoso seja detentor de conhecimentos e capacidades suficientes para que possa gerir a sua condição de saúde e doença. O internamento hospitalar pode ser gerador de novas necessidades para o idoso e ao mesmo tempo um momento de avaliação das necessidades em saúde do idoso. Como tal, a preparação da alta de enfermagem revela-se como um espaço ou um momento que pode contribuir para melhorar a capacidade dos idosos para gerir e/ou manter a sua condição de saúde. Igualmente a preparação da alta de enfermagem parece uma prática pouco desenvolvida e negligenciada. São estas as principais razões que nos motivam e justificam a importância deste estudo. Pretendemos assim melhorar uma prática de cuidados inerente à classe profissional de enfermagem, alargando os nossos domínios de conhecimentos sobre a problemática e por outro lado melhorar a capacidade dos idosos em gerir a sua condição de saúde após o internamento hospitalar.

De destacar igualmente em termos de considerações finais a importância que este trabalho teve para o enriquecimento de competências pessoais no domínio da investigação e da qualidade dos cuidados prestados sobre a temática em estudo.

A opção por uma triangulação em termos de abordagem metodológica permite-nos obter em primeiro lugar uma visão mais objectiva sobre o fenómeno em estudo e em segundo lugar uma

visão mais descritiva baseada em três pontos de vista, o idoso internado, o enfermeiro e registos de enfermagem, dando assim resposta aos objectivos inicialmente traçados.

A análise dos dados colhidos em várias fontes, idoso internado, enfermeiro e registos, recorrendo a uma estatística descritiva e posteriormente uma análise de conteúdo permitiu que emergissem vários resultados dos quais se evidenciam aqueles que abaixo enunciamos.

O idoso quando internado por um motivo agudo apresenta-se como uma pessoa detentora de uma história de vida, de saúde e doença. Como tal foi possível concluir que a pessoa idosa internada apresenta preocupações em relação à sua condição de saúde, as quais são sobretudo relacionais com antecedentes pessoais de doença e com a situação actual de doença que motivou o internamento. Conclui-se igualmente que estas preocupações são pouco valorizadas pelos enfermeiros e nos registos de enfermagem, não sendo contempladas no processo de preparação da alta.

Igualmente se concluiu que os cuidados tidos pelos idosos com a sua saúde antes do internamento têm alguma expressão nos registos de enfermagem, centrando-se nos cuidados com a alimentação e estratégias adaptativas para os auto-cuidados. Em sentido oposto verifica-se que os conhecimentos do idoso não são contemplados nos registos de enfermagem.

Relativamente aos conhecimentos dos idosos verificou-se que o processo de avaliação dos mesmos por parte dos enfermeiros não é possível de descrever e registar em termos de registos de enfermagem caso o idoso demonstre conhecimentos ou capacidades, uma vez que o sistema SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) apenas permite o registo de deficits de conhecimentos e capacidades.

Em termos de motivo de internamento destacamos como principais conclusões a importância do início precoce da preparação da alta face ao tempo de internamento que no nosso caso foi superior à média possibilitando um maior tempo para uma adequada preparação para a alta. Igualmente de destacar o facto de poder terem sido realizados alguns cuidados de preparação para a alta no momento de saída do idoso do internamento, ou seja posteriormente à entrevista. Caso se tenha verificado o aspecto referido atrás vai de encontro a importância do início precoce da preparação da alta. Igualmente de destacar em termos de planeamento da alta hospitalar, o facto de aproximadamente um terço dos idosos não ter tido até ao momento da entrevista conhecimento do motivo de internamento, do seu diagnóstico clínico.

Concluiu-se igualmente que os diagnósticos de enfermagem activos no momento da alta, os quais constituem problemas identificados pelos enfermeiros nos idosos, não são contemplados em termos de preparação da alta.

Foi igualmente possível concluir que os idosos querem ser informados relativamente à sua saúde e aos cuidados a ter com a mesma.

Relativamente à aproximação do regresso a casa verificou-se que os idosos apresentam preocupações com a alta, sendo mais expressivas as preocupações com os cuidados a ter com a saúde e recuperação da mesma.

Em termos de qualidade dos cuidados prestados podemos constatar que os idosos sentem pouca disponibilidade por parte da equipa de enfermagem para a preparação da alta.

Os cuidados de preparação da alta aos idosos centram-se em intervenções do tipo informar, o ensino, a instrução e o treino. Verificou-se ainda consideráveis discrepâncias entre os cuidados de preparação da alta nos vários pontos de vista, idoso, enfermeiro e registos de enfermagem. Verificou-se igualmente discrepâncias em termos dos conteúdos de preparação da alta igualmente sobre os vários pontos de vista.

O recurso ao diálogo é a estratégia de preparação da alta que prevalece. O recurso à informação escrita foi usada apenas em termos de encaminhamento para realização de procedimentos de enfermagem em ambulatório.

De grande importância foi sem dúvida os contributos dados por este trabalho em termos de diagnóstico de uma situação de cuidados, que neste caso se centra nos cuidados de preparação da alta. A partir daqui um conjunto de intervenções podem ser tomadas no sentido de melhorar. Verificou-se a existência de aspectos inerentes à preparação da alta que necessitam de uma análise e reflexão no sentido de uma melhoria desta prática de cuidados. Sob o ponto de vista do idoso internado, mais informações e sobretudo informação escrita são os aspectos a melhorar na preparação da alta.

Em termos de preparação da alta verifica-se não haver uma evidente estrutura de preparação da alta a idosos com capacidade para gerir a sua condição de saúde.

Por fim referir que ao valorizarmos e investirmos no sentido de melhorar a preparação para a alta aos idosos estaremos a contribuir para que os idosos estejam mais capacitados para cuidarem e agirem sobre a sua saúde, promovendo-se de certo modo uma pequena parte do que pode ser um envelhecimento activo. Não podemos igualmente esquecer tal como Gomes (2003) citando Dias (1997), Benner (2001) e Lampreia (2001) refere, que para que o doente possa ter poder, controlo sobre a sua vida e assim tornar-se parceiro nos cuidados é necessário um requisito chave, ser detentor de informações e conhecimentos adequados.

Terminado todo este trabalho de investigação onde abordámos a temática da preparação da alta de enfermagem à pessoa idosa, é-nos nesta fase possível reflectir sobre os aspectos que limitaram este estudo, o que poderia ter sido melhorado e que sugestões evidenciar em termos futuros para o estudo desta temática.

O aspecto central que pode ser evidenciado é o facto de que o estudo da preparação da alta ser um desafio que pode apresentar várias dificuldades. Para este aspecto convergiram vários factores que foram possíveis evidenciar ao longo deste trabalho, ao qual se junta o facto de investigarmos uma população idosa que apresenta características específicas.

Estudar a preparação da alta deverá implicar uma abordagem multidisciplinar porque cada classe profissional tem contributos a dar. Por outro lado poderá constituir-se como limitação o facto de termos analisado a preparação da alta apenas durante o período de internamento. Queremos com isto dizer que perceber a postura do idoso e o que realmente acontece no domicílio será fundamental para compreender a continuidade da preparação da alta e a sua real eficácia.

Consideramos ainda que o facto de estudarmos pessoas idosas levou a que se colocasse algumas limitações em termos de colheita de dados, nomeadamente a disponibilidade em termos de tempo para as entrevistas aos idosos e por outro lado a influência que possa ter em termos da riqueza dos conteúdos obtidos. De realçar igualmente que ao termos de abdicar das entrevistas aos enfermeiros, substituídos por questionários abertos se tenha perdido informações importantes no que concerne ao ponto de vista desta classe profissional relativo à temática em estudo.

Constitui-se igualmente como limitação o facto de um grande número de enfermeiros não ter dado o seu contributo através da entrega dos questionários.

Após dado por terminado este trabalho, fica patente que muito pode ser estudado em termos de preparação da alta de modo a que se possa obter o máximo partido em termos de ganhos em saúde. Desde já estudar a preparação da alta hospitalar recorrendo-se a grupos de trabalhos composto por elementos multidisciplinares dos hospitais e comunidade. Por outro lado a identificação dos factores e determinantes que influenciam a preparação da alta hospitalar pode constituir-se com relevante para a determinação de intervenções. Por fim referir que cada serviço e ou instituição de prestação de cuidados hospitalares poderá realizar esforço em termos da elaboração de um modelo ou pelo menos linhas orientadoras em termos dos cuidados de preparação para alta.

BIBLIOGRAFIA

- ALMBORG, Ann-Helene [et al] (2008) **Patients' perceptions of their participation in discharge planning after acute stroke**. Journal of Clinical Nursing. Vol.18 p. 199-209.
- ARMITAGE, Sue e KAVANAGH, Kay (1998) **Consumer-Orientated outcomes in discharge planning: a pilot study**. Journal of Clinical Nursing. Vol.7 p. 67-74.
- ATWAL, Anita (2002) **Nurses perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one british teaching hospital**. Journal of Advanced Nursing. Vol. 39. No. 5 p. 450-458
- BANDEIRA, Ana (2009) **Estudos de avaliação das necessidades dos seniores em Portugal** in FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – O tempo da vida: fórum Gulbenkian de saúde sobre envelhecimento 2008/2009. Lisboa: Principia.
- BARBIN, Laurence – **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979. 229p.
- BOTELHO, Maria Amália (2007) – **Idade avançada – características biológicas e multimorbilidade**. Revista Portuguesa de Clínica Geral. No. 23. p. 191-195.
- BULL, Margaret [et al] (2000) **Differences in family caregiver outcomes by their level of involvement in discharge planning**. Applied Nursing Research. Vol. 13. No. 2 p. 76-82.
- BULL, Margaret e ROBERTS, Julia (2001) **Components of a proper hospital discharge for elderly**. Issues and Innovations in Nursing Practice. Vol. 35. No. 4 p. 571-581.
- CARMO, Hermano; FERREIRA, Maria (1998) **Metodologia de investigação: guia para auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta.
- CARMONA, Richard (2006) **Health literacy: National Priority**. Journal of General Internal Medicine. Vol. 21, No. 8 p. 803.
- CLEARY, Michelle [et al] (2003) **Consumer feedback on nursing care and discharge planning**. Journal of Advanced Nursing. Vol. 42. No. 3 p. 269-277.

- CONSELHO DE ENFERMAGEM (2001) **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- CHUANG, Kun-Yang [et al] (2005) **Identifying Factors Associated With Hospital Readmissions Among Stroke Patients in Taipei**. Journal of Nursing Research. Vol.13, No. 2 p. 117-127
- COLLIÉRE, Marie-Françoise (1989) **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- DAVIS, Terry [et al] (2006) **Low Literacy Impairs Comprehension of Prescription Drug Warning Labels**. Journal of General Internal Medicine. Vol. 21, No. 8 p. 852-856.
- DRISCOLL, Andrea (2000) **Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perceptions of information received during their stay in hospital**. Journal of Advanced Nursing. Vol. 31, No. 5 p. 1165-1173.
- EUROSTAT (2008) **Statistis**. In <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home>. Acedido em 25.05.2010.
- FANG, Margaret [et al] (2006) **Health Literacy and Anticoagulation-related Outcomes Among Patients Taking Warfarin**. Journal of General Internal Medicine. Vol. 21, No. 8 p. 841-846
- FERNANDES, Ana Alexandre (2005) **Envelhecimento e saúde**. Revista Portuguesa de Saúde Pública. V. 23, n. 2. p. 45-48
- FERNANDES, Ana Alexandre (2007) **Envelhecimento e perspectivas de criação de emprego e necessidade de formação para a qualificação de recursos humanos**. Lisboa: Instituto de Emprego e Formação Profissional.
- FERNANDES, Ana Alexandre (2008) **Questões Demográficas: demografia e sociologia da população**. Lisboa: Edições Colibri.
- FORTIN, M. (1999) **O Processo de Investigação: da concepção à realização**. Loures: Lusociência.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (1993) **O inquério: teoria e prática**. Oeiras: Celta Editores.
- GOMES, Idalina (2003) **O doente idoso como parceiro no processo de cuidados de enfermagem**. Revista Pensar Enfermagem. Vol.7, No.2 2º Semestre. p. 15-33.

- GONÇALVES, Deolinda (2008) **A preparação do regresso a casa da pessoa idosa hospitalizada.** Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde na Universidade Aberta. Lisboa.
- GRIMMER, Karen [et al] **Discharge Planning quality from the carer perspective.** Quality of Live Research. No. 9 p. 1005-1013.
- HILL, Manuela; HILL, Andrew (2009) **Investigação por questionário.** Lisboa: Edições Sílabo.
- HOFF, Andreas (2009) **Alterações das relações intergeracionais nas sociedades europeias** in FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – O tempo da vida: fórum Gulbenkian de saúde sobre envelhecimento 2008/2009. Lisboa: Principia.
- ICN (2005) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: versão 1.0.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- KICKBUSCH, Ilona (2001) **Health literacy: addressing the health and education divide.** Health Promotion International. Vol. 16, No. 3. p. 289-197.
- KRIPALANI, Sunil [et al] (2006) **Predictors of Medication Self-management Skill in a Low-literacy Population.** Journal of General Internal Medicine. Vol. 21, No. 8 p. 847-851.
- LIN, Pi-Chu [et al] (2005) **Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan.** International Journal of Nursing Studies. No. 42. p. 723-731
- LOBIONDO-WOOD, Geri; HABER, Judith (2001) **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- MARTINS, Jacinta (2003) **Programação da alta hospitalar do idoso: um contributo para a continuidade de cuidados.** Dissertação de Mestrado em Ciências de enfermagem na Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto.
- MCFARLANE of LLANDAFF; CASTLEDINE, George (1988) **Guia para a prática de enfermagem: o processo de enfermagem.** Lisboa: Copyright
- MACHADO, Maria do Céu (2009) **Envelhecimento e políticas de saúde** in FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – O tempo da vida: fórum Gulbenkian de saúde sobre envelhecimento 2008/2009. Lisboa: Principia.

- MANCUSO, Carol; RINCON, Melina (2006) **Impact of Health Literacy on Longitudinal Asthma Outcomes**. Journal of General Internal Medicine. Vol. 21, No. 8 p. 813-817.
- NAYLOR, Mary (1994) **Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized Elderly**. Annals of Internal Medicine. Vol. 120 No. 12 p. 999-1006.
- OGDEN, Jane (2004) **Psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS (2005) **Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- PAASCHE-ORLOW, Michael [et al] (2006) **Health Literacy, Antiretroviral Adherence, and HIV-RNA Suppression: A Longitudinal Perspective**. Journal of General Internal Medicine. Vol. 21, No. 8 p. 835-849.
- PAÚL, Constança; FONSECA, António (2001) **Psicossociologia da saúde**. Lisboa: Climepsi Editores.
- PINTO, Anabela Mota (2001) **Envelhecer vivendo**. Coimbra: Quarteto Editora.
- PINTO, Anabela Mota (2009) **Porque Envelhecemos?** in FUNDAÇÃO CALOUSTE GULBENKIAN – O tempo da vida: fórum Gulbenkian de saúde sobre envelhecimento 2008/2009. Lisboa: Principia.
- POMPEU, Daniele [et al] (2007) **Atuação do enfermeiro na alta hospitalar: reflexões a partir dos relatos de pacientes**. Acta Paulista de Enfermagem. Vol.20, No. 3 p. 345-350
- RIBEIRO, José (1998) **Psicologia e Saúde**. Lisboa: ISPA
- SHARE - Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. In <http://www.share-project.org/>. Acedido em 25.05.2010.
- SALDANHA, Helena (2009) **Bem viver para bem envelhecer: Um desafio à gerontologia e à geriatria**. Lisboa: LIDEL
- SMITH, Jonathan e LILES, Clives (2007) **Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study**. Journal of Clinical Nursing. Vol. 16 p. 662-671.
- STREUBERT, Helen ; CARPENTER, Dona (2002) **Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista**. Loures: Lusociência.

- SUDORE, Rebecca [et al] (2006) **Limited Literacy and Mortality in the Elderly: The Health, Aging, and Body Composition Study**. Journal of General Internal Medicine. Vol. 21, No. 8 p. 806-812
- VAILLANT, George; KENNETH, Mukamal (2001) **Successful aging**. The American Journal Psychiatry. No. 158 p. 839-847.
- WHO (2002) **Active ageing: a policy framework**. Madrid: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo I – Entrevista aos idosos (guião)

	Questões e aspectos a abordar
Caracterização dos participantes	<p><u>Gostaria de saber um pouco de si e sobre os seguintes aspectos:</u></p> <p>Idade Estado civil Género Agregado familiar Ocupação actual ou passada Principais problemas e preocupações com a saúde Cuidados que costuma ter Hospitalizações anteriores</p>
Necessidades de conhecimentos dos participantes	<p><u>Em relação aos conhecimentos que tem sobre saúde gostava de saber:</u></p> <p>Considera que controla bem a sua saúde?</p> <p>Considera que tem conhecimentos suficientes para manter uma boa saúde?</p> <p>Neste momento acha importante adquirir novos conhecimentos sobre os seus problemas e a sua saúde?</p> <p>Foi-lhe explicado e compreende o motivo deste internamento?</p>
Opinião em relação ao planeamento da alta	<p><u>Pensando na sua alta e no seu regresso a casa gostava de saber:</u></p> <p>Neste momento existe algum aspecto que o/a preocupe em relação à alta e aos cuidados que deve ter após a alta?</p> <p>Acha que se preocuparam em saber quais as suas dúvidas e preocupações?</p> <p>Ao longo do internamento foi informado/a dos cuidados a ter após a alta? Como aconteceu? Que cuidados foram?</p> <p>Acha que os conhecimentos e as informações que lhe deram serão úteis?</p> <p>Na sua opinião qual a melhor forma dos enfermeiros fornecerem informações aos doentes sobre os cuidados após a alta?</p> <p>O que acha que os enfermeiros podem melhorar para ajudar os doentes a regressar a casa?</p>

Anexo II – Questionário aos enfermeiros

No âmbito do Mestrado Saúde e Envelhecimento, é minha intenção realizar um trabalho de investigação sobre a temática da “preparação da alta de enfermagem ao idoso internado por motivos agudos”. Pretende-se que deste trabalho advenham contributos a dois níveis centrais; por um lado, na melhoria da prática de Enfermagem e por outro, contribuir para ganhos em saúde na população idosa.

Venho então por este meio, solicitar a sua colaboração nesta fase metodológica de colheita de dados através de breves respostas às questões abaixo indicadas.

----- Questionário -----

Enquanto Enfermeiro/a que deu alta ao doente _____ com o diagnóstico de _____ e com alta em _____, gostaria de saber:

Foi realizada preparação para a alta ao doente?

Sim ____ Não ____

Se a sua resposta foi não, porque motivo?

Se a sua resposta foi sim:

Que aspectos foram abordados na preparação da alta?

Que estratégias e recursos foram utilizados?

Que aspectos facilitaram ou dificultaram a preparação da alta?

Anexo VII – Cronograma de actividades

Ano	2010												2011															
Mês	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março				Abril			
Semana do mês	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Apresentação do Projecto																												
Pré-teste do guião de entrevistas																												
Caracterização e primeira abordagem ao contexto																												
Colheita de dados																												

Ano	2011																											
Mês	Maio				Junho				Julho				Agosto				Setembro				Outubro				Novembro			
Semana do mês	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a
Colheita de dados																												
Análise e tratamento dos dados																												
Entrega da tese																												

